

UNIVERSITÉ DE SHERBOOKE

THÈSE PAR ARTICLES PRÉSENTÉE À  
LA FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

PAR  
© CÉCILANNE LEPAGE-VOYER

TRAITS DE PERSONNALITÉ LIMITE, MÉCANISMES DE DÉFENSE ET JEU  
LIBRE DES ENFANTS D'ÂGE SCOLAIRE EN SITUATION DE PLACEMENT

FÉVRIER 2018

## Table des matières

Liste des tableaux .....	iii
Sommaire .....	v
Remerciements .....	ix
Avant-propos .....	1
Premier article : Mécanismes de défense et traits de personnalité limite chez les enfants hébergés en protection de l'enfance. ....	19
Introduction au deuxième article .....	82
Deuxième article : Traits de personnalité limite, jeu traumatique, mécanismes de défense et régulation des affects chez les enfants victimes de mauvais traitements : étude préliminaire. ....	89
Conclusion .....	144
Références .....	149

## **Liste des tableaux**

### **Premier article : Mécanismes de défense et traits de personnalité limite chez les enfants hébergés en protection de l'enfance**

Tableau 1 : Définitions des mécanismes de défense souvent associés au TPL ou à la structure de personnalité limite .....	73
Tableau 2 : Traits de personnalité limite : moyennes et écarts-type à l'ÉTPLE des participants à l'étude et d'enfants de la population générale .....	77
Tableau 3 : Mécanismes de défense : moyennes et corrélations entre les versions complétées par l'enfant et un tiers du REM des participants à l'étude et d'un échantillon issu de la population générale .....	78
Tableau 4 : Corrélations entre les traits de personnalité limite et les mécanismes de défense selon la perspective des intervenants .....	79
Tableau 5 : Corrélations entre les traits de personnalité limite et les mécanismes de défense selon la perspective des enfants .....	80
Tableau 6 : Valeurs prédictives des traits de personnalité limite selon la perception de l'enfant .....	81

### **Deuxième article : Traits de personnalité limite, jeu traumatique, mécanismes de défense et régulation des affects chez les enfants victimes de mauvais traitements : étude préliminaire**

Tableau 1 : Mécanismes de défenses (médianes et tests de rangs de Wilcoxon) .....	140
Tableau 2 : Catégorie de régulation des affects selon les critères du CPTI ( $n = 14$ ) ...	141

Tableau 3 : Moyennes et écarts-types à l'ÉTPLE (traits de personnalité limite) des participants à l'étude et d'enfants de la population générale .....	142
Tableau 4 : Corrélations entre les mécanismes de défense et la capacité de régulation affective .....	143

## Sommaire

Le trouble de personnalité limite (TPL) suscite l'intérêt de la communauté scientifique et clinique notamment en raison de sa prévalence et des comportements potentiellement dommageables pour la personne qui y sont associés. Plus précisément, certains auteurs considèrent qu'il s'agit du trouble de la personnalité le plus répandu au sein de la population psychiatrique. Aussi, les patients *limites* seraient susceptibles d'adopter des comportements dangereux pour leur intégrité mentale et physique (p. ex., conduites à risque, tentatives de suicide, automutilation) lorsque l'intensité de leur souffrance surpasse leur capacité à réguler les émotions. À l'heure actuelle, le diagnostic de la pathologie limite au Canada et aux États-Unis se base fondamentalement sur les critères établis par la cinquième version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5; American Psychiatry Association, APA, 2015). Les auteurs de ce manuel considèrent qu'il serait risqué d'établir un diagnostic de TPL avant l'âge de 18 ans, à l'exception des adolescents qui en présentent les caractéristiques depuis plus d'un an de façon à altérer significativement leur fonctionnement social, scolaire/professionnel ou individuel. Pourtant, plusieurs publications ont fait état dans les dernières décennies de facteurs de risque du TPL se manifestant dès l'enfance, tels que l'exposition à des événements traumatiques en bas âge, surtout lorsque ceux-ci surviennent dans la relation avec les principales figures de soins, ou une relation parent-enfant imprévisible. Selon certains auteurs, l'appareil psychique de l'enfant qui est confronté à de tels traumatismes est submergé de façon à compromettre son développement affectif et cognitif. Il en résulte un recours aux mécanismes de défense immatures et une

gestion inefficace des émotions. Les connaissances actuelles concernant le développement des traits de personnalité limite se basent soit sur l'expérience clinique des auteurs ou encore sur les résultats d'études rétrospectives. Pourtant, il semble que l'identification précoce d'indices associés au TPL permettrait d'offrir aux enfants à risque des soins appropriés à leurs besoins et de prévenir l'évolution du trouble. Dans cet objectif, les relations entre les traits de personnalité limite, les mécanismes de défense privilégiés par l'enfant, les antécédents traumatiques et la capacité à réguler les affects ont été explorées. L'étude a été menée auprès de 15 enfants âgés entre six et 11 ans, pris en charge par la protection de l'enfance. Ils ont été exposés à des événements traumatiques dans leur milieu familial d'origine et sont ainsi considérés à risque de développer une symptomatologie limite. Les éducateurs de suivi en charge du dossier de chaque enfant ont également collaboré à l'étude. Dans les deux articles, les traits de personnalité limite ont été mesurés à l'aide de l'*Échelle de traits de personnalité limite pour enfants* (ÉTPLE ; Terradas & Achim, 2010; traduction du *Borderline Personality Features Scale for Children*; BPFS-C; Crick, Murray-Close, & Woods, 2005). Les mécanismes de défense privilégiés par les enfants ont été évalués dans le premier article à partir de deux questionnaires, soit le *Response Evaluation Measure-Youth Version* (REM-Y-71 pour les enfants de 8 ans et plus, REM-Y-22 pour les enfants de 6 et 7 ans ; Araujo, Medic, Yasnovsky & Steiner, 2006), administré auprès des enfants, et une version adaptée du *Response Evaluation Measure-Parent Version* (REM-P ; Yasnovsky et al., 2003), complétée par les éducateurs de suivi. Des analyses de corrélation de Pearson et une analyse de profil ont été appliquées afin de comparer les résultats obtenus

par les enfants et les éducateurs à ces instruments. Les résultats indiquent certaines relations entre les deux versions de l'échelle, toutefois celles-ci furent insuffisantes pour permettre le calcul d'un score composite. Les éducateurs auraient tendance à rapporter un niveau plus bas de mécanismes de défense pour chaque facteur. Par la suite, les relations entre les traits de personnalité limite et les mécanismes de défense selon la perspective de l'enfant ou de l'éducateur ont été testées à l'aide d'analyses de corrélation de Pearson. Les résultats obtenus selon le point de vue des éducateurs s'avèrent pour la plupart contradictoires avec la théorie. Notamment, le recours aux mécanismes de défense immatures serait associé à moins de manifestations d'instabilité affective et de comportements autodestructeurs, mais à davantage de relations interpersonnelles négatives. D'un autre côté, les mécanismes de défense matures seraient liés à moins d'instabilité affective, de problèmes identitaires, de relations négatives avec les pairs et de comportements autodestructeurs selon la perception des enfants eux-mêmes. Ces résultats apparaissent cohérents avec les écrits et études antérieures. Une analyse de régression linéaire a finalement permis de constater le pouvoir prédictif d'un modèle incluant le facteur 1 (mécanismes de défense immatures, perspective des enfants) et le facteur 2 (mécanismes de défense matures, perspective des enfants) sur la variance des scores aux sous-échelles de l'ÉTPLE (c.-à-d., instabilité affective, problèmes d'identité, relations interpersonnelles négatives, comportements autodestructeurs). Dans le second article, une grille d'analyse du jeu libre de l'enfant, issue du *Children's Play Therapy Instrument* (CPTI ; P. Kernberg, Chazan, & Normandin, 1998), a été utilisée pour mesurer la présence de jeu traumatique, les thèmes de jeu élaborés par les enfants, la

capacité de régulation et de modulation des affects et les mécanismes de défense utilisés dans le segment de jeu libre. Une échelle, inspirée des écrits de Romano (2010), a permis de préciser le type de jeu traumatique présenté par le participant. D’abord, des analyses descriptives ont été utilisées afin de dresser un portrait (c.-à-d., analyses de fréquence, tests de rangs signés de Wilcoxon pour échantillons associés) de l’échantillon selon les différentes variables à l’étude. Les résultats suggèrent que les participants présentent majoritairement un segment de jeu traumatique et des thèmes de jeu à caractère traumatique, une utilisation prédominante de mécanismes de défense de type *impulsifs* ou *limites* (considérés immatures) et une régulation rigide de leurs émotions dans le jeu. Ensuite, les relations entre les traits de personnalité limite et les autres variables ont été étudiées à l’aide d’analyses de corrélation bilatérale non-paramétrique *Tau-B* de Kendall. Les résultats de l’étude ne permettent pas de démontrer de relations significatives entre les traits de personnalité limite et les mécanismes de défense ou la capacité de régulation affective. Toutefois, la capacité à réguler les affects serait liée au type de mécanisme de défense privilégié par les enfants. Les résultats des deux études sont néanmoins modestes, notamment en raison de la taille et du caractère homogène de l’échantillon. Une réplication de la recherche tenant compte des limites serait pertinente.

*Mots-clés* : traits de personnalité limite, mécanismes de défense, régulation des affects, jeu traumatique, protection de l’enfance, enfant



## Remerciements

Je voudrais d'abord remercier mes parents pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de mes études. Vous y êtes pour beaucoup dans la réalisation de ce grand projet. Je tiens à remercier également mon conjoint, Sébastien, pour sa compréhension envers mon horaire chargé et pour sa présence dans les moments de fierté, tout comme dans ceux de doute. Merci à ma sœur, mes frères et tous mes amis d'avoir été aussi disponibles lorsque j'en avais besoin, me permettant de conserver un équilibre de vie sain et, conséquemment, de demeurer motivée tout au long de ce processus. Merci à Marie-Ève Paquet-Blouin, qui supervise ma pratique de doctorante en psychologie depuis plus de trois ans, pour son soutien et sa compréhension concernant les délais qui se sont avérés plus longs que prévu.

Un très grand merci à mon directeur de thèse, Dr Miguel M. Terradas, d'avoir été efficace, compréhensif et motivant, de m'avoir transmis sa passion pour la psychologie et de m'avoir permis de choisir un projet d'étude qui fut intéressant jusqu'à la fin. Un grand merci à Dre Saralea Chazan pour sa disponibilité, son efficacité et le partage de son expérience lors de la formation et du processus d'accréditation concernant la cotation du Children Play Therapy Instrument (CPTI ; P. Kernberg, Chazan, & Normandin, 1998). Merci à Dr. Olivier Laverdière pour son aide et ses idées enrichissantes dans le cadre de mes analyses statistiques. Merci à Dr. Hans Steiner, à Dre Julia Huemer et à leur équipe d'avoir autorisé la traduction et l'utilisation de leurs questionnaires (*Response Evaluation Measure-71-Youth Version*, REM-Y-71 et *Kids-Response Evaluation Measure-22-Youth Version*, K-REM-Y-22 ; Araujo et al., 2006 ; *Response Evaluation Measure-71-Parent Version*, REM-P ;

Yasnovsky et al., 2003) pour mon étude. Merci à Dre Julie Achim pour sa contribution au processus de traduction des trois versions du REM. Merci à Mélissa Paquette, d'avoir été une coéquipière efficace et agréable dans notre travail de cotation des segments de jeu. Merci à Amélia Gontero, Geneviève Dubé et Stéphanie Fournier pour votre travail dans la collecte de données. Enfin, un merci très spécial aux éducateurs du Centre jeunesse de Laval pour leur ouverture et leur générosité, ainsi qu'aux enfants qui ont participé à l'étude. Ils m'ont permis de réaliser cette dernière étape importante pour l'obtention de mon diplôme doctoral.

Merci à tous pour votre inestimable contribution à ma nouvelle carrière de psychologue ! Grâce à vous, je peux désormais m'épanouir dans une profession qui me passionne et me permet d'accomplir au quotidien quelque chose que j'aime.

## **Avant-propos**

## Introduction

Les connaissances empiriques et théoriques actuelles suggèrent que la personnalité se forme dès l'enfance et qu'il est donc possible d'observer durant cette période la présence de facteurs de risque ou l'émergence d'indices cliniques qui seraient associés à la symptomatologie limite à l'âge adulte (p. ex., Crick, Murray-Close, & Woods, 2005; P. Kernberg, 1990; Lingardi & McWilliams, 2017; Pine, 1986). D'abord, basés sur leur expérience clinique, certains auteurs proposent que le milieu familial d'origine aurait été instable et insatisfaisant, ce qui aurait compromis le développement de l'enfant et induit un sentiment chronique d'insécurité (voir la notion de *borderline-child-to-be*; Pine, 1986) et, d'autres indiquent l'émergence de traits de personnalité associés au TPL, tels que l'impulsivité, la labilité de l'humeur, la faible tolérance à la frustration et la peur de l'abandon chez ces enfants (Crick et al., 2005; P. Kernberg, Weiner, & Bardenstein, 2000). Également, plusieurs recherches rétrospectives, menées auprès d'individus adultes, ont constaté des relations significatives entre les critères diagnostiques du TPL et des antécédents d'abus sexuel, physique ou psychologique (p. ex., Elices et al., 2015; Weinstein et al., 2016; Zanarini et al., 1997), surtout lorsque ces traumatismes sont vécus au sein des relations d'attachement primaires (p. ex., van Dijke, Ford, van Son, Frank, & van der Hart, 2013; Weaver & Clum, 1993). Zanarini et ses collègues (2000) ont élaboré la notion de l'*échec biparental (biparental-failure)*, qui indique un risque significativement plus élevé d'évoluer vers une pathologie limite lorsqu'un individu a été exposé à une combinaison d'abus et de négligence dans la relation avec les deux parents. Aussi, Spatz Widom, Czaja et Paris (2009) ont effectué

une étude longitudinale qui a conclu que les critères du TPL seraient rencontrés de façon significativement plus fréquente à l'âge adulte lors d'événements traumatiques vécus durant l'enfance. D'un autre côté, l'utilisation prédominante de mécanismes de défense immatures (p. ex., clivage, identification projective, passage à l'acte, déni, toute-puissance, formation réactionnelle, idéalisation et dévalorisation primitive) serait l'une des caractéristiques principales de la personnalité limite chez l'adulte (p. ex., Bond, Paris, & Zweig-Frank, 1994; Cramer, 1999; O. Kernberg, 2004), de même que chez l'enfant (p. ex., Pine, 1986; P. Kernberg et al., 1990). Enfin, plusieurs études ont démontré que le TPL serait associé à des difficultés de régulation affective chez les individus adultes (p. ex., Bijttebier & Vertommen, 1999; Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez, & Gunderson, 2006; Leible & Snell, 2004; van Dijke et al., 2013).

Ainsi, la plupart des informations disponibles sur la trajectoire développementale du TPL proviennent d'études rétrospectives, une approche ayant plusieurs limitations empiriques, ou de propositions théoriques basées sur l'expérience clinique des auteurs. Il est probable que la faible proportion d'études menées auprès des enfants soit conséquent d'une part à la controverse entourant ce diagnostic durant l'enfance, opposant différentes positions théoriques, et d'autre part, à un malaise éprouvé par les cliniciens, en lien avec une possible stigmatisation du patient en cas d'erreur diagnostique (Hinshaw & Cicchetti, 2000). Cependant, certains auteurs suggèrent l'importance de repérer dès l'enfance les traits de personnalité limite, afin de prévenir l'évolution de ce trouble (p. ex., P. Kernberg, 1990; Lingiardi & McWilliams, 2017).

La présente thèse comprend deux articles empiriques qui visent à mieux comprendre les manifestations comportementales et affectives des symptômes limites durant l'enfance, de même qu'à contribuer à l'avancement des connaissances sur la trajectoire développementale de ce trouble. Dans cet objectif, différents indices cliniques associés au TPL ont été étudiés auprès d'un échantillon composé de 15 enfants, âgés entre six et 11 ans, hébergés dans une unité de réadaptation de la protection de l'enfance et ayant été exposés à des événements potentiellement traumatiques dans leur milieu familial d'origine. De cette façon, l'étude favorisera une identification des facteurs de risque plus adaptée à la réalité des psychothérapeutes d'enfants, soit par le biais de questionnaires complétés par l'enfant ou d'indices observables en thérapie par le jeu. Ainsi, le dépistage de la population à risque sera plus accessible, ce qui permettra d'offrir des soins et des interventions plus adaptés aux besoins de ces enfants et potentiellement de prévenir l'évolution des traits de personnalité limite et une diminution de leurs impacts sur le fonctionnement de l'individu à l'âge adulte.

## **Contexte théorique**

### **Prévalence du Trouble de personnalité limite**

Il n'existe pas actuellement de consensus entre les auteurs concernant la prévalence du TPL. À titre indicatif, certains estiment qu'elle représente entre 15 et 25 % des individus issus d'une population psychiatrique (Corcos, Pham-Scottez, & Speranza, 2014) et entre 1,6 et 5,9 % de ceux de la population générale (American

Psychiatric Association; APA, 2015). Selon Karaklic et Bungener (2010), il s'agit du trouble de la personnalité le plus fréquemment rencontré en clinique.

### **Diagnostic du TPL : approche catégorielle versus approche dimensionnelle**

Deux propositions méthodologiques sont présentées dans les écrits concernant le diagnostic du TPL, soit l'approche catégorielle et l'approche dimensionnelle. L'approche catégorielle correspond à une démarche de classification du patient où le professionnel reconnaît la présence ou l'absence des critères diagnostiques associés à une psychopathologie. L'approche dimensionnelle, quant à elle, vise plutôt à établir un portrait de la constellation de symptômes présentés par le patient et à qualifier le degré d'intensité de ces différentes manifestations cliniques (Widakowich, Van Wettere, Jurysta, Linkowski, & Hubain, 2013).

À l'heure actuelle, les professionnels de la santé mentale au Canada et aux États-Unis s'appuient généralement sur la cinquième version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5 ; APA, 2015) pour émettre un diagnostic de TPL. Ce manuel s'inspire principalement du modèle médical et de l'approche catégorielle (APA, 2015). Les auteurs suggèrent que le TPL se manifeste au début de l'âge adulte et s'accompagne d'au moins cinq des neuf symptômes suivants : (1) efforts importants pour éviter les abandons réels ou anticipés (peur du rejet), (2) relations interpersonnelles intenses et instables teintées par le mécanisme de clivage (alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation et de dévalorisation de soi ou de l'autre),

(3) perturbation et instabilité de l'image de soi et de la notion d'identité, (4) impulsivité dommageable pour l'individu dans au moins deux sphères de la vie (p. ex., sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, compulsion alimentaire, dépenses excessives), (5) conduites, menaces ou actes suicidaires ou d'automutilation répétés, (6) réactivité ou labilité de l'humeur, (7) sentiment de vide interne chronique, (8) accès intenses et inappropriés de colère ou difficultés à réguler la colère et (9) présentation, en période de stress et de façon transitoire, de symptômes dissociatifs ou d'idées persécutrices. Le TPL induit une souffrance significative et entraîne des altérations au plan du fonctionnement social, individuel ou professionnel de la personne (APA, 2015). Certains auteurs soulèvent des risques potentiels découlant de cette approche nosographique, tels que l'instabilité temporelle des diagnostics, les multiples comorbidités (c.-à-d., afin de représenter l'ensemble des manifestations présentées par le patient, il peut arriver que le clinicien doive poser plusieurs diagnostics) et le manque de nuance de cette approche qui peut s'avérer réductrice en termes de tableau symptomatologique (Emmanuelli & Azoulay, 2012).

Dans un effort de pallier aux différentes difficultés liées à l'approche catégorielle quant au diagnostic du TPL, le DSM-5 (APA, 2015) propose un modèle alternatif, inspiré de l'approche dimensionnelle, pour l'évaluation des troubles de personnalité. Ce modèle permet de qualifier les atteintes fonctionnelles de l'individu et les traits de personnalité pathologiques qu'il présente. En premier lieu, le clinicien se doit de mesurer le niveau d'altération du fonctionnement psychologique et



interpersonnel du patient, allant d'un fonctionnement adapté (Niveau 0) à une altération extrême du fonctionnement (Niveau 4), en passant par un certain degré d'altération (Niveau 1), une altération moyenne (Niveau 2) ou grave (Niveau 3). Afin d'émettre un diagnostic, le fonctionnement devrait être atteint minimalement à un Niveau 2 dans au moins deux des domaines suivants : identité (p. ex., image de soi pauvre, instable ou confuse, sentiment chronique de vide), autodétermination (p. ex., plans de carrière, objectifs ou valeurs changeants à court et à long terme), empathie (p. ex., incapacité à reconnaître ou répondre aux besoins de l'autre en raison d'une hypersensibilité personnelle) ou intimité (p. ex., relations interpersonnelles intenses, instables et conflictuelles, difficultés à faire confiance, besoins affectifs difficiles à satisfaire, crainte de se faire rejeter ou abandonner). Dans un deuxième temps, le clinicien évalue 25 traits de personnalité regroupés en cinq dimensions (c.-à-d., affectivité négative, détachement, antagonisme, désinhibition et *psychoticisme*). En ce qui concerne le TPL, la présence d'au moins quatre des sept traits de personnalité pathologiques suivants, dont au moins l'un d'entre eux doit être l'impulsivité, la prise de risque ou l'hostilité, est requise : 1. Labilité émotionnelle (p. ex., changements d'humeur fréquents, réactivité de l'humeur, émotions intenses et disproportionnées par rapport au contexte), 2. Tendance anxieuse (p. ex., nervosité, tension ou panique faisant souvent suite à des facteurs de stress interpersonnels, peur de perdre le contrôle, crainte de l'incertitude, préoccupations concernant les expériences passées ou futures), 3. Insécurité liée à la séparation (p. ex., peur du rejet ou de la séparation dans les relations intimes souvent associée à une crainte de devenir dépendant ou de perdre son autonomie), 4. *Dépressivité* (p. ex., pessimisme

face à l'avenir, sentiment de honte ou d'infériorité, manque d'espoir, idéations ou conduites suicidaires), 5. Impulsivité (p. ex., actions posées immédiatement après une situation sans anticipation des conséquences ou sans but, difficulté à suivre un plan, sentiment d'urgence, comportements d'automutilation en situation de détresse émotionnelle), 6. Prise de risque (p. ex., passages à l'acte dangereux et potentiellement dommageables pour l'individu sans égard pour ses propres limites, déni de la réalité du danger) et 7. Hostilité (p. ex., sentiment de colère récurrent, manifestation d'irritabilité suite à des déclencheurs mineurs). Le modèle permet également d'ajouter des précisions concernant les 18 autres traits de personnalité suggérés bien que ceux-ci ne soient pas essentiels au diagnostic de la personnalité limite (APA, 2015).

Ainsi, les auteurs du DSM-5 (APA, 2015) ont procédé à un remaniement des critères utilisés dans la pratique actuelle dans le but de contrer les risques de l'approche catégorielle. Cette nouvelle proposition diagnostique se lie davantage à l'approche dimensionnelle, qui vise à identifier des constellations d'indices cliniques plutôt qu'à déterminer la présence ou l'absence de critères précis (Widakowich et al., 2013). Les deux systèmes de classification diagnostique du DSM-5 (APA, 2015) sont toutefois présentés séparément et ne peuvent pas être utilisés de façon intégrée.

Les chercheurs et les cliniciens qui s'intéressent au TPL sont donc confrontés à une réflexion entourant l'approche nosographique à privilégier, opposant deux façons

différentes de concevoir les critères qui permettent de poser un diagnostic (APA, 2015). Ce débat est probablement à l'origine des divergences entre les auteurs qui sont en accord ou en désaccord avec le diagnostic de ce trouble chez les enfants. En effet, il semble que les critères diagnostiques suggérés par l'APA (2015) ne peuvent pas être utilisés chez l'enfant, puisque la personnalité limite ne peut être comprise de la même façon en bas âge et chez l'adulte (Emmanuelli & Azoulay, 2012).

### **Le TPL, un diagnostic controversé durant l'enfance**

Des désaccords divisent la communauté scientifique et clinique quant au diagnostic de la personnalité limite auprès de la population infantile. Alors que certains auteurs documentent les risques liés au fait de poser un diagnostic précoce, tels que les erreurs et la stigmatisation du patient, (APA, 2015; Hinshaw & Cicchetti, 2002), d'autres expliquent que la personnalité se forme durant l'enfance et qu'il est possible de repérer dès cette période certains traits qui s'avèrent par la suite durables dans le temps (P. Kernberg, 1990; P. Kernberg, Weiner, & Bardenstein, 2000; Lingiardi & McWilliams, 2017; Misès et al., 2012; Misès & Quemada, 2000). Le diagnostic précoce constituerait alors un outil essentiel pour orienter le traitement de façon à offrir des services plus adaptés aux besoins présentés par ces enfants (P. Kernberg, 1990).

Une position intermédiaire suggère de repérer des indices cliniques durant l'enfance qui laisseraient présumer d'un risque accru de rencontrer les critères diagnostiques du TPL à l'âge adulte (Crick et al., 2005; Pine, 1986). Les principaux

intérêts concernent la trajectoire développementale du TPL et l'identification de facteurs de risque qui apparaissent durant la période infantile, sans qu'il soit nécessaire de poser un diagnostic en bas âge. Le risque de stigmatisation de l'enfant (Hersh, 2008) en serait donc possiblement réduit. Les cliniciens et chercheurs qui sont associés à cette proposition adoptent une approche dimensionnelle et développementale. Ainsi, Crick et ses collègues suggèrent de mesurer l'intensité de la manifestation de certains traits de personnalité qui s'apparentent au TPL sur un continuum. Elles s'appuient sur la théorie de la psychopathologie développementale, qui est sous-tendue par l'étude du développement normatif de l'enfant. Selon cette approche, l'enfant est confronté à des exigences ou défis propres à chacun des stades de développement. Lorsqu'il n'arrive pas à utiliser les ressources internes et externes dont il dispose pour composer avec ces stades de façon satisfaisante, il est alors à risque de développer des patrons de fonctionnement inadaptés et, donc, un trouble de santé mentale ou une personnalité atypique. Crick et ses collègues ont donc procédé à une analyse des critères diagnostiques du TPL chez l'adulte afin de les mettre en lien avec leurs connaissances sur le développement typique et atypique de l'enfant, dans le but d'identifier des indicateurs de la personnalité limite durant l'enfance. Chaque indice sélectionné permettrait de mesurer l'un des aspects centraux du TPL et de refléter les difficultés développementales expérimentées par les enfants à risque. Ces indices cliniques sont la sensibilité cognitive (perception hostile du monde), la sensibilité émotionnelle (affects intenses et inappropriés au contexte et labilité affective), les relations d'exclusivité avec les pairs (relations amicales exclusives, intenses et fusionnelles sous-tendues par une

peur de l'abandon et du rejet) et l'impulsivité (difficultés à contrôler les émotions et les comportements). Ces indices permettraient d'identifier chez les enfants des traits de personnalité pouvant contribuer au développement ultérieur d'un TPL. D'abord, la sensibilité cognitive concerne l'habileté à reconnaître que les autres personnes peuvent avoir des perceptions et des intentions différentes de soi. L'enfant qui n'arrive pas à acquérir cette habileté, aura tendance à attribuer à l'autre des intentions hostiles erronées et serait à risque de manifester des problèmes d'adaptation et des comportements agressifs (Crick et al., 2005), qui correspondent à des vulnérabilités associées au fonctionnement limite de la personnalité (Geiger & Crick, 2001). Ensuite, les adultes limites ressentent les émotions de façon intense, voire extrême relativement à la situation réelle (Morey, 1991). Selon la théorie développementale, l'acquisition de la capacité de régulation émotionnelle débute durant l'enfance (Mangelsdorf, Shapiro, & Marzolf, 1995) et des difficultés à maîtriser cette capacité indiqueraient un développement pathologique lié à la personnalité limite adulte (Geiger & Crick, 2001). Puis, les relations d'exclusivité avec les pairs reflèteraient des difficultés chez l'enfant à acquérir l'autonomie et un sentiment de confiance dans les relations intimes. Il s'agit de processus développementaux qui s'amorcent dans la première enfance dans le contexte des relations primaires d'attachement (Crick et al., 2005). Ces difficultés indiqueraient un risque de problèmes relationnels à l'âge adulte, tel qu'associé au TPL (Geiger & Crick, 2001). Enfin, l'impulsivité est l'un des traits centraux du TPL (P. Kernberg et al., 2000). Elle prend racine dans le développement de la capacité d'autocontrôle, qui est l'une des caractéristiques importantes du développement normatif. L'échec de

l'acquisition de cette capacité est associé à des difficultés quant à la gestion de l'agressivité et à la prise de risque. Crick et al. considèrent que les manifestations d'agressivité physique et relationnelle sont des indicateurs de l'impulsivité propre à la personnalité limite. Dans un effort d'opérationnaliser leur conceptualisation théorique, ces auteures ont créé une échelle qui permet d'évaluer les traits de personnalité limite chez les enfants (*Borderline Personality Features Scale for Children* ; BPFSC ; Crick et al., 2005).

Ainsi, selon l'approche développementale, il est possible de constater chez les enfants la présence de traits de personnalité limite qui laisseraient présumer d'un risque accru de rencontrer les critères diagnostiques du TPL à l'âge adulte. Quelques études se sont intéressées à identifier certains de ces facteurs de risque durant l'enfance.

### **Facteurs de risque associés au TPL durant l'enfance**

Certains auteurs ont identifié des facteurs de risque durant l'enfance associés à la psychopathologie limite telle qu'elle se manifeste chez l'adulte. Parmi ces facteurs de risque se trouvent l'exposition à des événements traumatiques au sein de la relation avec les parents (p. ex., P. Kernberg, 1990; Paris, 2000; Zanarini & Frankenburg, 1997), des ruptures répétées dans le lien d'attachement parent-enfant (p. ex., Allen, 2005; DiMascio, 2001), ou encore un milieu familial instable et chaotique offrant une réponse imprévisible aux besoins de l'enfant (Pine, 1986).

Compte tenu des études qui démontrent que des évènements traumatiques vécus durant l'enfance au sein de la relation avec les parents sont liés au développement d'un TPL à l'âge adulte (Bradley, Conklin, & Westen, 2005; DiMascio, 2001; Herman, Perry, & van der Kolk, 1989; P. Kernberg, 1990; Nevid et al., 2011; Paris, 2000 ; Zanarini & Frankenburg, 1997; Zanarini, Gunderson, Marino, Schwartz, & Frankenburg, 1989), la présente recherche a été réalisée auprès d'un échantillon composé d'enfants hébergés dans des centres spécialisés, sous la responsabilité de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), et des éducateurs de suivi<sup>1</sup> qui leurs sont attitrés. Ces enfants ont été exposés à des évènements potentiellement traumatiques dans la relation avec leurs parents (Association des centres jeunesse du Québec, 2016).

Il apparaît pertinent de s'intéresser à l'évaluation des indices cliniques associés au TPL chez les enfants considérés à risque en raison d'une potentielle exposition à des évènements traumatiques au cours de leur développement, ce qui permettrait de mieux comprendre la trajectoire développementale de ce trouble (Cramer, 2015).

---

<sup>1</sup> L'éducateur de suivi en centre jeunesse est l'intervenant ressource attitré au dossier de l'enfant. D'abord, il partage sa compréhension de la situation de l'enfant lors d'une rencontre d'élaboration du plan d'intervention afin d'établir conjointement avec les autres intervenants les objectifs du séjour de l'enfant en centre de réadaptation et les moyens qui seront utilisés pour les atteindre. Par la suite, son rôle est de conseiller et d'assister les intervenants du centre où l'enfant est hébergé afin que ces moyens soient appliqués au quotidien (Centre jeunesse de la Montérégie, 2010). En France, l'expression « éducateur référent » ou encore « éducateur de référence » est utilisée.

### **Pertinence de documenter la trajectoire développementale du TPL**

Le TPL suscite l'intérêt de la communauté scientifique et clinique dans le domaine de la santé mentale. Cependant, la plupart des informations sur la trajectoire développementale de la personnalité limite proviennent soit d'écrits théoriques basés sur l'expérience clinique des auteurs ou d'études rétrospectives effectuées auprès d'individus qui ont reçu un diagnostic à l'âge adulte (Bemporad, Smith, Hanson, & Cicchetti, 1982; Crick et al., 2005). Ainsi, peu de recherches impliquent directement la population infantile. Pourtant, plusieurs auteurs mentionnent que l'identification dès l'enfance de différents facteurs de risque ou d'indices cliniques associés au TPL permettrait d'intervenir auprès des enfants à risque de rencontrer les critères diagnostiques de ce trouble à l'âge adulte, pour tenter d'assouplir leurs traits de personnalité pathogènes et de prévenir l'évolution des difficultés associées à ceux-ci (Crick et al., 2005; Emmanuelli & Azoulay, 2012; P. Kernberg, 1990). Certains auteurs suggèrent qu'un dépistage précoce, dès l'âge scolaire, des traits de personnalité et des caractéristiques associés au TPL permettrait de mettre en place des interventions auprès des enfants à risque de développer ce trouble afin de prévenir l'évolution des symptômes à l'âge adulte et d'en influencer les manifestations futures (Crick et al., 2005), de même que d'offrir des soins plus adaptés aux besoins de ces enfants (P. Kernberg, 1990).

### **Principaux objectifs de l'étude**

La présente thèse vise à documenter la trajectoire développementale du TPL et à étudier les traits de personnalité limite au moment où ils se développent chez l'enfant.



L'approche dimensionnelle et développementale a été favorisée dans l'étude. L'objectif principal est d'identifier des indices cliniques pouvant être reliés au TPL chez les enfants d'âge scolaire, afin de prévenir l'évolution de cette psychopathologie et d'en réduire les impacts à l'âge adulte. La version en français du *Borderline Personality Features Scale for Children* (BPFS-C ; Crick et al., 2005), l'*Échelle de traits de personnalité limite pour enfants* (ÉTPLE ; Terradas & Achim, 2010), a permis de mesurer les traits de personnalité associés au TPL chez les participants.

Dans chaque article, différents indices cliniques pouvant être associés au TPL seront étudiés. D'abord, le premier article s'intéresse aux relations entre les traits de personnalité limite et les mécanismes de défense chez les enfants. Des liens entre ces deux variables ont été démontrés chez les adultes dans plusieurs recherches. Ensuite, le deuxième article porte sur les indices cliniques observables dans le jeu libre de l'enfant. À l'heure actuelle, l'usage du jeu en psychothérapie apparaît être l'une des pratiques les plus répandues en clinique infantile. Par conséquent, l'étude vise à rendre l'évaluation des traits de personnalité associés au TPL plus accessible aux psychothérapeutes.

### **Présentation du premier article de la thèse**

Le premier article concerne la relation entre les traits de personnalité limite et les mécanismes de défense utilisés par l'enfant de façon privilégiée.

## **Mécanismes de défense**

Les mécanismes de défense se définissent comme des opérations inconscientes qui permettent à l'individu de se protéger lorsqu'il fait face à des conflits intrapsychiques ou des facteurs de stress externes (Andrews, Singh, & Bond, 1993; Bonsack, Despland, & Spagnoli, 1998; Laplanche & Pontalis, 2007). Cependant, lorsqu'une personne a recours à un répertoire restreint de mécanismes de défense qu'elle utilise de façon rigide ou inadaptée, elle composera avec ces conflits avec précarité (Perry et al., 2009), de sorte que les mécanismes de défense ne remplissent pas entièrement leur fonction première (Andrews et al., 1993).

Araujo et ses collègues (2006) ont élaboré une échelle qui permet de mesurer le recours à 21 mécanismes de défense, en version auto-rapportée, qui s'adresse aux enfants de huit ans et plus (*The Response Evaluation Measure – 71 – Youth Version* ; Araujo et al., 2006) ou aux enfants de six et sept ans (*The Kids-Response Evaluation Measure – 22 – Youth Version* ; Araujo et al., 2006), ainsi qu'une version complétée par un adulte qui connaît bien l'enfant (*The Response Evaluation Measure – 71 – Parent version* ; Yasnovsky et al., 2003). Ces échelles sont utilisées afin d'évaluer les mécanismes de défense utilisés par les enfants participant à la recherche.

## **Relations entre le TPL et les mécanismes de défense**

Plusieurs auteurs suggèrent que les patients limites utilisent de façon rigide ou inadaptée des mécanismes de défense immatures tels que le clivage, l'identification

projective, le passage à l'acte, le déni, la toute-puissance, la formation réactionnelle, ainsi que l'idéalisation ou la dévalorisation de soi et des autres (Bond, Paris, & Zweig-Frank, 1994; Cramer, 1999; O. Kernberg, 2004). Également, Bleiberg (2001) propose des liens entre ces mécanismes de défense et certaines caractéristiques de ce trouble.

### **Objectifs et hypothèses**

L'objectif de l'étude est d'explorer les relations entre les traits de personnalité limite et les mécanismes de défense chez des enfants qui ont été exposés à des événements potentiellement traumatiques durant leur développement, afin de mieux comprendre la trajectoire développementale du TPL. Les hypothèses retenues suggèrent que : 1. Une utilisation plus fréquente de mécanismes de défense immatures, telle que observée par les participants et leurs éducateur de suivi lors de la complétion des questionnaires, sera associée à des traits de personnalité limite manifestés de façon plus intense (score élevé à l'ÉTPLE) par l'enfant, et, à l'inverse, 2. Les enfants qui utilisent davantage de mécanismes de défense matures obtiendront des scores plus bas concernant les traits de personnalité limite.

### **Contribution de l'auteure**

Le premier article a été soumis pour publication à la revue française *La psychiatrie de l'enfant* et a été accepté par le comité de rédaction en décembre 2017. L'article est présenté dans le format sous lequel il a été soumis à la revue et tient compte

des suggestions des évaluateurs de la thèse ainsi que de la revue. Voici la référence de l'article :

Lepage-Voyer, C., Terradas, M. M., & Laverdière, O. (2017). Mécanismes de défense et traits de personnalité limite chez les enfants hébergés en protection de l'enfance. Manuscrit soumis pour publication.

**Premier article**

Mécanismes de défense et traits de personnalité limite chez les enfants hébergés en  
protection de l'enfance

Mécanismes de défense et traits de personnalité limite chez les enfants hébergés en protection de l'enfance

Cécilanne Lepage-Voyer<sup>2</sup>

Miguel M. Terradas<sup>3</sup>

Olivier Laverdière<sup>2</sup>

Toute correspondance concernant l'article doit être adressée à :

Cécilanne Lepage-Voyer

CAP Services Psychologiques

1170, boulevard Lebourgneuf, suite 402

Québec (Québec), Canada, G2K 2E3

Adresse électronique : [cecilanne.lepage-voyer@lecapsp.com](mailto:cecilanne.lepage-voyer@lecapsp.com)

---

<sup>2</sup> B.Sc., candidate au doctorat en psychologie, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, Québec, Canada.

<sup>3</sup> Psychologues cliniciens, Ph.D., professeurs, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, Québec, Canada.

### **Résumé**

Une controverse entoure le diagnostic de trouble de personnalité limite (TPL) chez les enfants. Certains auteurs mettent l'accent sur les risques de poser un diagnostic précoce alors que d'autres le considèrent essentiel pour orienter le traitement. Une position intermédiaire propose l'identification d'indices cliniques qui laisseraient présumer d'un risque de développer un TPL à l'âge adulte tel que le recours aux mécanismes de défense immatures. Les enfants qui ont vécu des événements traumatiques au sein de la relation avec leurs parents, comme ceux qui sont hébergés en protection de l'enfance, seraient plus à risque de développer un TPL à l'âge adulte. La présente étude vise à explorer les liens entre les traits de personnalité limite et les mécanismes de défense chez des enfants d'âge scolaire ayant vécu des événements traumatiques. Les résultats démontrent que certains traits de personnalité limite sont liés aux mécanismes de défense immatures et inversement associés aux mécanismes de défense matures.

*Mots clés* : trouble de personnalité limite, mécanismes de défense, trauma

### **Portrait général du trouble de personnalité limite**

Le trouble de personnalité limite (TPL) se caractérise par une impulsivité marquée, une instabilité identitaire, affective et relationnelle, une crainte des abandons réels ou anticipés et un sentiment chronique de vide (American Psychiatric Association ; APA, 2015; Nevid, Rathus et Greene, 2011). Ce trouble s'accompagne d'une souffrance significative et d'une altération du fonctionnement personnel, professionnel et social (APA, 2015). La plupart des individus aux prises avec un TPL présentent des idéations, des menaces ou des passages à l'acte suicidaires ou para-suicidaires (p. ex., automutilation). Ces actes sont expliqués par Brown, Comtois et Linehan (2002) comme étant une tentative de la personne de fuir l'intensité affective qu'elle ressent ou de mettre fin à sa détresse.

La communauté scientifique démontre un intérêt manifeste envers le TPL. Un nombre important d'articles, faisant état de réflexions théoriques ou d'études empiriques, ont été publiés dans les dernières décennies. L'abondance de publications reflète la réalité clinique du TPL, qui serait le trouble de personnalité le plus fréquemment rencontré (Karaklic et Bungener, 2010). Sa prévalence est estimée entre 1,6 % et 5,9 % chez les personnes issues de la population générale et à environ 10 % des individus qui consultent en psychiatrie (APA, 2015). La plupart des recherches qui s'intéressent à la trajectoire développementale du trouble sont effectuées à l'aide de données rétrospectives recueillies auprès d'individus adultes (Bemporad, Smith, Hanson et Cicchetti, 1982; Crick, Murray-Close et Woods, 2005). Pourtant, Emmanuelli et



Azoulay (2012) mentionnent que les adultes qui présentent un TPL auraient reçu de multiples diagnostics relatifs à la santé mentale durant l'enfance ou, encore, que les professionnels n'auraient pas su établir un diagnostic, reconnaissant un ensemble de symptômes cliniques sans pouvoir les classer en fonction des critères diagnostiques de l'APA. Il est possible que la controverse entourant le diagnostic de TPL chez l'enfant explique la faible proportion d'études ayant une perspective développementale.

### **Le trouble de personnalité limite chez l'enfant : un diagnostic controversé**

Trois positions divergentes dominent actuellement la documentation scientifique et clinique concernant le diagnostic du TPL chez l'enfant. D'abord, certains auteurs considèrent que le TPL est associé à une façon durable de penser, ressentir et agir, ainsi qu'à une organisation de personnalité stable dans le temps, de sorte qu'il serait risqué d'établir un diagnostic avant l'âge de 18 ans (APA, 2015). Les auteurs de la cinquième version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5 ; APA, 2015), le manuel de référence le plus utilisé au Canada et aux États-Unis, adoptent cette position. Notons cependant que ce manuel permet le diagnostic chez les adolescents qui présentent les caractéristiques du trouble depuis plus d'un an. Selon Hinshaw et Cicchetti (2000), plusieurs cliniciens éprouvent un malaise face au diagnostic précoce en raison du risque de stigmatisation de l'enfant y étant associé en cas d'erreur.

D'autres chercheurs et cliniciens suggèrent de diagnostiquer le TPL le plus tôt possible afin d'offrir rapidement à l'enfant des soins appropriés (P. Kernberg, 1990;

Lingiardi & McWilliams, 2017). Ils expliquent que la personnalité se formerait durant l'enfance et que la présence de certains traits durables durant cette période est suffisante pour poser un diagnostic (P. Kernberg, 1990; Misès et al., 2012; Misès et Quemada, 2000). D'abord, selon P. Kernberg, Weiner et Bardenstein (2000), le TPL chez l'enfant se manifeste par une faible tolérance à la frustration, une identité sexuelle instable, un mauvais contrôle des impulsions, des difficultés académiques sans trouble spécifique des apprentissages associé, des réactions affectives imprévisibles, de même que des difficultés à tolérer la solitude et la séparation d'avec la mère. Ces caractéristiques ont été identifiées à partir d'une vaste expérience clinique, mais n'ont pas jusqu'à ce jour fait l'objet d'étude empirique. Ensuite, la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA ; Misès et al., 2012; Misès et Quemada, 2000) est du même avis ; elle permet également d'établir le diagnostic durant l'enfance. Selon les auteurs de ce système de classification, les indices cliniques qui s'apparentent au TPL pourraient se manifester sous différentes formes et varier au cours du développement. Le diagnostic, tel que défini par la CFTMEA, se caractériserait par des comportements impulsifs au détriment de la réflexion, une sensibilité accrue aux enjeux liés à la séparation, au rejet ou à l'abandon, une alternance entre des positions d'idéalisation et de dévalorisation de soi ou de l'autre (ce qui s'apparente au mécanisme de clivage), une insécurité affective et de l'immatunité (Misès et al., 2012; Misès et Quemada, 2000). Les enfants qui présentent un TPL se comporteraient davantage en fonction de ce que les autres attendent d'eux plutôt qu'en fonction de leurs propres besoins ou désirs (c.-à-d., en mode de « faux self » ; Winnicott, 1963). Enfin, le PDM

Task Force (PDM ; Lingiardi & McWilliams, 2017) propose le *Dysregulated Personality Disorder*, un trouble qui s'apparente au TPL et qui peut être posé chez les enfants. Ce trouble se caractérise par des difficultés à établir un jugement social (c.-à-d., faire un choix de comportement à adopter en fonction de la situation à laquelle l'enfant est confronté) et quant à l'épreuve de réalité. Il se manifeste par des symptômes externalisés (p. ex., agressivité, opposition, provocation) et internalisés (p. ex., symptômes anxieux et dépressifs), des difficultés cognitives (p. ex., idéations suicidaires, tendances paranoïdes), des relations interpersonnelles instables, des fluctuations dans l'expression des émotions, ainsi qu'une faible estime de soi (Lingiardi & McWilliams, 2017). Une étude réalisée par Ludolph et al. (1990) suggère que les critères utilisés pour poser un diagnostic de TPL chez les adultes à partir du *Diagnostic Interview for Borderline* (DIB) peuvent s'appliquer chez les adolescents de façon suffisamment discriminante. Ce groupe de chercheurs a administré le DIB à 50 adolescentes, âgées entre 14 et 18 ans, hospitalisées en psychiatrie. Selon les résultats de leur étude, quatre des cinq sous-échelles de cet instrument permettent de distinguer les adolescentes qui présentent un TPL de celles issues du groupe contrôle, soit les échelles mesurant les comportements impulsifs, les affects, l'organisation psychotique et les relations interpersonnelles instables. Les résultats indiquent la présence accrue de facteurs de risque durant l'enfance (p. ex., psychopathologie chez l'un des parents, perte ou séparation d'avec les figures d'attachement, abandon, abus physique ou sexuel) chez les adolescentes qui rencontrent les critères diagnostiques du TPL.

Une position intermédiaire est adoptée par des auteurs qui assument une approche développementale et qui suggèrent de repérer certaines caractéristiques et comportements durant l'enfance qui pourraient éventuellement évoluer vers un TPL et se cristalliser à l'âge adulte. Ainsi, il serait possible d'observer chez les enfants l'émergence de traits de personnalité liés au TPL, sans qu'il soit nécessaire de poser un diagnostic (Crick et al., 2005; Pine, 1986). L'un des pionniers de ce courant, Pine (1986), a proposé la notion de *l'enfant borderline en devenir (borderline-child-to be)*. Basé sur une vaste expérience clinique, cet auteur suggère que l'enfant à risque de présenter un TPL a été confronté à différentes expériences traumatiques qui ont submergé ses capacités d'adaptation et compromis de façon importante son développement. L'environnement d'origine aurait été instable, chaotique et imprévisible, induisant chez l'enfant des carences affectives et une détresse importante (Pine, 1986). Cette notion fait référence aux traumas vécus par l'enfant au sein des relations d'attachement significatives (Allen, 2005). La théorie élaborée par Pine suggère que les besoins de l'enfant auraient été partiellement ou entièrement insatisfaits en raison de la négligence ou de l'absence des principales figures de soins. Par conséquent, *l'enfant borderline en devenir* n'aurait pas développé un sentiment de confiance envers la figure d'attachement primaire, entraînant des conséquences importantes sur le plan de la gestion des émotions, du développement des mécanismes de défense et de l'estime de soi. De plus, l'imprévisibilité des réponses obtenues à ses besoins entraverait chez l'enfant l'intégration des aspects aimants et menaçants de la figure de soins, ce qui génère un sentiment chronique d'insécurité et des difficultés quant à la gestion de

l'anxiété, de sorte que toute difficulté deviendrait une source importante de détresse. Dans ce contexte, l'enfant ne développerait pas les mécanismes intrapsychiques nécessaires à l'apaisement de la souffrance et des frustrations internes (Pine, 1986).

Plus récemment, Crick et ses collègues (2005) adoptent une position similaire à celle de Pine (1986). Ces auteures considèrent que la personnalité se développant durant les premières années de vie, certains enfants sont plus à risque d'évoluer vers un TPL. Elles suggèrent qu'il est possible de repérer chez les enfants l'émergence de certains indices cliniques ou de traits de personnalité qui s'apparentent au TPL, soit la sensibilité cognitive, la sensibilité émotionnelle, les relations d'exclusivité avec les pairs, l'impulsivité et les difficultés au plan de l'identité. Il s'agit d'une approche dimensionnelle qui ne vise pas à évaluer la présence ou l'absence de ces traits de personnalité, mais plutôt leur intensité sur un continuum (Crick et al., 2005). Plus précisément, ces enfants auraient une perception hostile du monde qui les entoure (sensibilité cognitive). Ils seraient sujets à ressentir des affects intenses et démesurés considérant le contexte et présenteraient une labilité de l'humeur (sensibilité émotionnelle). Ils auraient tendance à développer des relations amicales exclusives, intenses et fusionnelles, en lien avec la peur sous-jacente d'être délaissés ou abandonnés (relations d'exclusivité avec les pairs). Ces enfants présenteraient également une impulsivité marquée et de faibles capacités à réguler leurs affects et leurs comportements (impulsivité). Ils peuvent, par exemple, poser des gestes d'automutilation ou attaquer physiquement autrui. Enfin, leur identité serait fragmentée

et instable, entraînant ainsi des sentiments d'ennui et de solitude (difficultés au plan de l'identité).

À l'heure actuelle, une approche catégorielle domine la pratique clinique et scientifique concernant les troubles de la personnalité chez les adultes. Cette approche est issue du modèle médical et le DSM-5 (APA, 2015) s'en inspire. Selon Emmanuelli et Azoulay (2012), une approche catégorielle serait réductrice au sens où elle ne permet pas de saisir toutes les nuances de l'expression des symptômes associés à une psychopathologie. Ceci peut entraîner certaines difficultés en contexte clinique et remettre en question la validité des diagnostics posés. Notamment, les fluctuations dans la présentation clinique de surface entre en contradiction avec le concept de structure de la personnalité, qui serait une entité plutôt stable dans le temps (O. Kernberg, 2004). Par ailleurs, les réflexions et les études qui portent sur le développement de la personnalité chez les enfants favorisent une approche dimensionnelle qui vise l'identification de constellations de symptômes cliniques et de traits de personnalité chez le patient. Cette approche est davantage compatible avec les notions de structure et de traits de personnalité. Le DSM-5 (APA, 2015) introduit une nouvelle proposition diagnostique qui s'inscrit dans une approche dimensionnelle. Celle-ci se base sur la reconnaissance de déficits sur le plan du fonctionnement intrapsychique et interpersonnel, ainsi que sur la présence de traits de personnalité pathologiques. Cependant, les deux systèmes de classification diagnostique (catégoriel et dimensionnel) sont pour le moment présentés séparément dans le manuel, ce qui ne favorise pas qu'ils soient utilisés de façon intégrée.

L'approche dimensionnelle requiert donc d'identifier chez l'enfant la présence de traits de personnalité apparentés au TPL. Il s'agit des manifestations observables du fonctionnement psychique de l'individu (Zuckerman, 1991). L'ensemble de ces traits s'organiserait en une structure de personnalité cohérente et stable dans le temps (O. Kernberg, 2004).

### **Les notions de structure et de traits de personnalité**

Le concept de personnalité réfère aux notions de structure et de traits de personnalité. D'abord, la structure de personnalité correspond à l'organisation des diverses fonctions mentales chez un individu (Lingiardi & McWilliams, 2017). O. Kernberg (2004) identifie trois structures de personnalité distinctes, soit psychotique, limite et névrotique. Il serait possible de les distinguer à l'aide, entre autres, de trois critères fondamentaux, soit le degré d'intégration de l'identité, les mécanismes de défense prédominants et la capacité de l'individu à maintenir la fonction d'épreuve de la réalité. Le degré d'intégration de l'identité réfère à la capacité de l'individu à reconnaître les limites entre soi et autrui, ainsi qu'au développement du sens d'être soi-même de façon constante à travers le temps et les situations (P. Kernberg et al., 2000). Les mécanismes de défense sont des opérations psychiques inconscientes visant à protéger l'individu des conflits internes ou externes et des facteurs de stress perçus (Andrews, Singh et Bond, 1993; Bonsack, Despland et Spagnoli, 1998; Laplanche et Pontalis, 2007). Ils visent à supprimer ou diminuer les dangers réels ou imaginés qui peuvent compromettre l'intégrité de l'individu (Guelfi, Hatem, Damy et Corruble, 2000). La

fonction d'épreuve de la réalité concerne la distinction entre la réalité interne et externe ou entre les projections de l'individu et ce qui appartient réellement à l'autre (O. Kernberg, 2004).

La structure de personnalité dite *limite* se caractériserait par une identité diffuse, des mécanismes de défense primitifs (ou de bas niveau) et un contact avec la réalité généralement préservé (O. Kernberg, 2004). La diffusion de l'identité signifie que les aspects positifs et négatifs de soi et des autres sont mal intégrés et mal différenciés. En contexte clinique, cela se traduit par une expérience subjective de vide chronique, des comportements contradictoires, une perception d'autrui superficielle et une incapacité à faire part de façon cohérente de ses propres caractéristiques ou de celles des personnes avec qui l'individu entretient des relations significatives. Les mécanismes de défense de bas niveau sont conséquents à une organisation de soi moins développée (O. Kernberg, 2004). Dans une perspective de survie, l'individu utilise de façon répétitive et rigide des défenses partiellement efficaces (Pine, 1986) qui mettent en échec les perceptions contradictoires de soi et des autres (O. Kernberg, 2004). Enfin, les individus qui présentent ce type de structure percevraient adéquatement la réalité et préserveraient une pensée logique et cohérente. Cependant, ils pourraient présenter des distorsions dans la perception de soi et des autres lorsqu'ils sont confrontés à des facteurs de stress qui submergent leurs capacités adaptatives et ainsi avoir le sentiment que leur rapport à la réalité est variable (O. Kernberg, 2004). Selon O. Kernberg, le TPL s'inscrit dans la structure de personnalité limite.



La compréhension de la personnalité proposée par l'approche structurelle suggère que l'individu présente un ensemble de caractéristiques qui lui sont propres et qui permettent de mieux comprendre son organisation mentale. Il s'agit de la notion de traits de personnalité. Contrairement à la structure de personnalité qui est une entité stable dans le temps (O. Kernberg, 2004), les traits de personnalité correspondent au mode de fonctionnement de l'individu, ce qui suppose des mouvements de désorganisation et de réorganisation (Emmanuelli et Azoulay, 2012). Zuckerman (1991) définit les traits de personnalité comme des éléments prédisposant l'individu à percevoir et réagir aux événements de manière spécifique. Selon Michel et Purper-Ouakil (2006), les traits de personnalité constituent des patrons intrinsèques à l'individu qui reposent sur son passé et qui peuvent s'exprimer selon diverses intensités. La manifestation de certains de ces traits de personnalité de façon rigide et inadaptée, en conjonction avec une souffrance significative et une altération du fonctionnement de l'individu établit la limite sur un continuum distinguant une personnalité *normale* et une personnalité pathologique (c.-à-d., un trouble de la personnalité; APA, 2015; Cramer, 1999; Sinha et Watson, 2004). Durant l'enfance, la présence de traits de personnalité pathologiques affecterait les relations avec les pairs et le fonctionnement scolaire. Les traits de personnalité chez l'enfant qui s'apparentent au TPL se manifestent par une difficulté à contrôler les impulsions, de faibles capacités d'anticipation, une dévalorisation de l'image de soi et une sensibilité accrue à l'abandon (Houzel, Emmanuelli et Moggio, 2000).

### **Mécanismes de défense et trouble de personnalité limite**

Le recours privilégié à certains mécanismes de défense est l'un des principaux indicateurs permettant de déterminer la structure de personnalité d'un individu (O. Kernberg, 2004). Une conceptualisation théorique des mécanismes de défense les définit en tant qu'opérations mentales inconscientes (Laplanche et Pontalis, 2007). Ce concept est toutefois complexe à identifier au plan clinique. Une définition plus concrète et près de la réalité clinique propose que les mécanismes de défense correspondent aux moyens privilégiés par l'individu pour faire face aux émotions et aux pensées qui induisent chez lui une certaine souffrance (Di Giuseppe, Perry, Petraglia, Janzen et Lingiardi, 2014). Il s'agit donc des mécanismes utilisés par une personne pour composer avec les situations anxiogènes. Aucune liste exhaustive et consensuelle concernant le nombre et les définitions des mécanismes de défense n'est actuellement disponible dans la documentation clinique et scientifique (Chabrol, 2005).

Les mécanismes de défense sont considérés pathologiques lorsqu'ils nuisent au fonctionnement de l'individu ou lorsqu'ils altèrent son équilibre émotionnel, ou encore, sa perception de la réalité externe (Ruuttu et al., 2006). Les mécanismes de défense peuvent être considérés pathologiques eux-mêmes ou de par leur utilisation, qui serait alors susceptible, en d'autres contextes, d'être adaptée (Perry, Guelfi, Despland, Hanin et Lamas, 2009). Une utilisation pathologique serait caractérisée par un recours à certains mécanismes de défense de façon prédominante, rigide ou inadaptée, peu importe la situation réelle (Cramer, 1999). Ainsi, le recours systématique à un répertoire restreint

de mécanismes de défense altère la capacité de l'individu à faire preuve de souplesse et d'adaptation, capacités nécessaires pour faire face aux conflits intrapsychiques ou aux facteurs de stress (Perry et al., 2009). Lorsque les mécanismes de défense sont utilisés de manière rigide ou inadaptée, ils ne remplissent pas entièrement leur fonction première (Andrews et al., 1993), puisque l'individu compose avec ses conflits psychiques de façon précaire (Perry et al., 2009).

Certains auteurs considèrent que l'une des caractéristiques principales du TPL est le recours à des mécanismes de défense immatures ou primitifs, tels que le clivage, l'identification projective, le passage à l'acte, le déni, la toute-puissance, la formation réactionnelle, ainsi que l'idéalisation ou la dévalorisation de soi et des autres (Bond, Paris et Zweig-Frank, 1994; Cramer, 1999; O. Kernberg, 2004; voir le Tableau 1 pour une présentation plus complète de ces mécanismes de défense et de leurs définitions). Bleiberg (2001) souligne des liens entre les mécanismes de défense utilisés par les individus qui présentent un TPL et certaines caractéristiques de ce trouble. Notamment, la difficulté à intégrer en un tout cohérent les aspects positifs et négatifs de soi et de l'autre, qui se traduit par une image de soi instable, favoriserait le recours au clivage. Aussi, un sentiment envahissant de perte de contrôle sur soi ou sur l'environnement pourrait faire ressurgir les angoisses primitives liées aux carences affectives et à l'imprévisibilité du milieu d'origine de l'individu qui, pour apaiser sa détresse ou son anxiété, pourrait utiliser des mécanismes de défense comme la dissociation et la dépendance. Ces mécanismes de défense, quoique primitifs, permettraient à la personne

d'atteindre le meilleur équilibre adaptatif possible, en la protégeant de la perte du contact avec la réalité et du manque de différenciation avec autrui (O. Kernberg, 2004). Selon la théorie de l'*enfant borderline en devenir*, l'absence d'intégration par l'enfant d'un patron de satisfaction de ses besoins empêche le processus de développement des mécanismes de défense. Par exemple, si les réactions des parents sont imprévisibles, l'enfant ne sait pas quel comportement adopter afin d'attirer leur attention ou d'obtenir ce qu'il désire. L'utilisation de ces défenses, quoique partiellement efficaces, permet ainsi la survie de l'enfant (Pine, 1986).

Certains auteurs indiquent l'importance d'interpréter les études concernant les mécanismes de défense dans la population infantile avec précaution, puisqu'ils se manifesteraient de façon différente selon le stade développemental de l'enfant (Nasserbakht, Araujo et Steiner, 1996; Ruuttu et al., 2006). En fait, certains enfants peuvent utiliser des mécanismes de défense immatures sans que cela ne soit associé à un développement pathologique. Notamment, le déni est un mécanisme de défense qui serait fréquemment employé durant la petite enfance, alors que l'usage du mécanisme de projection serait typiquement observé chez les enfants d'âge scolaire. Ainsi, au cours du développement, certains mécanismes de défense pourraient permettre à l'enfant de composer avec les situations anxiogènes et de maintenir le meilleur équilibre adaptatif possible considérant son niveau de développement psychique, malgré qu'il s'agisse de mécanismes de défense moins évolués (Perry et al., 2009). Cependant, bien que le recours aux mécanismes de défense immatures puisse s'avérer *typique* en bas âge, il

diminuerait généralement avec l'âge (Andrews et al., 1993; Bond, 1995; Nasserbakht et al., 1996). P. Kernberg et al. (2000) et Pine (1986) suggèrent que les enfants qui présentent des traits de personnalité associés au TPL utiliseraient des mécanismes de défense de bas niveau (p. ex., clivage, contrôle omnipotent, passage à l'acte, retrait autistique, idéalisation et dévalorisation primitives, identification projective) de façon plus rigide et répétitive que les enfants issus de la population générale.

### **Évènements potentiellement traumatiques et trouble de personnalité limite**

Un vécu traumatique en bas âge est considéré par les auteurs associés à l'approche dimensionnelle comme un facteur de risque lié à la symptomatologie du TPL (p. ex., Elices et al., 2015; Pine, 1986; Spatz Widom, Czaja et Paris, 2009 ; Weinstein et al., 2016). Notamment, Pine mentionne que le développement psychoaffectif de ces enfants aurait été altéré significativement par la présence d'évènements potentiellement traumatiques. Le trauma est un évènement survenant dans la vie d'un individu, qui se caractérise par son degré d'intensité, par l'incapacité de la personne à y répondre adéquatement et par les bouleversements ou effets pathogènes qu'il provoque dans l'organisation psychique (Laplanche et Pontalis, 2007). Il s'agit d'un afflux de stimulation qui dépasse le seuil de tolérance de l'individu qui ne peut, par conséquent, le maîtriser ou l'élaborer à un niveau symbolique (Bleiberg, 2001; Michel et Purper-Ouakil, 2006). Parmi les évènements traumatiques qui peuvent arriver durant l'enfance se trouvent la négligence, la maltraitance, le manque de protection de la part des figures d'attachement, soit généralement les parents, de même que les abus physiques ou

sexuels (DiMascio, 2001). Ces événements auraient des impacts majeurs sur les différents processus reliés au développement cognitif et affectif de l'enfant (Bleiberg, 2001; DiMascio, 2001; Frederico, Jackson et Black, 2008). Notamment, un vécu traumatique entraverait la capacité réflexive de l'enfant, affectant ainsi son habileté à réguler les émotions et entraînant des difficultés d'adaptation persistantes (Bleiberg, 2001; DiMascio, 2001), en plus d'être associé à des symptômes externalisés, tels que l'hyperactivité ou l'agressivité (Frederico et al., 2008).

Une étude rétrospective effectuée par Zanarini et al. (1997) soulève que près de 91 % des individus qui présentent un TPL décrivent un passé d'abus sexuel, physique ou psychologique. Également, Weinstein et ses collègues (2016) ont réalisé une recherche auprès de 91 adultes issus de la population générale qui montre que la pathologie limite, évaluée à partir d'entrevues structurées, serait significativement corrélée à la présence durant l'enfance d'une histoire d'abus ou de négligence. Une autre étude, menée par Elices et ses collègues (2015) auprès de 100 patients psychiatisés adultes (88 femmes) et qui présentent un TPL selon les critères du DSM-IV-TR (APA, 2000), précise une prévalence importante d'abus psychologique (63 %), sexuel (45 %) ou physique (20 %), ainsi que de négligence affective (51 %) ou physique (35 %) pendant l'enfance. Enfin, une recherche longitudinale, en deux temps de mesure (1989 à 1995 et 2000 à 2002), effectuée auprès de 1196 enfants séparés en deux groupes selon la présence ou l'absence d'événements potentiellement traumatiques au cours de leur développement, montre que la prévalence du diagnostic de TPL est significativement plus élevée chez les adultes

lorsqu'ils ont vécu de l'abus physique (18,2 %), de l'abus sexuel (13,4 %) ou de la négligence (15,2 %) durant leur enfance, que des individus issus de la population générale (9,6 %) (Spatz Widom et al., 2009). La présence de pathologie limite fut évaluée à partir d'une entrevue structurée basée sur les critères du DSM-III-R (APA, 1987) et adaptée du *Diagnostic Interview for Personality Disorders, Revised* (DIPD-R ; Zanarini, Frankenburg, Chauncey et Gunderson, 1987).

L'intensité des impacts observés chez les enfants exposés à des événements potentiellement traumatiques ne serait pas nécessairement équivalente à la gravité de l'évènement en tant que tel. Freud (1926) mentionne que la répétition de plusieurs *petits* événements potentiellement traumatiques aurait le même impact sur le développement de la psyché de l'enfant qu'un seul événement traumatique plus important. Khan (1976) en parle en termes de *traumas cumulatifs*. Freud considère comme un de ces *petits* événements potentiellement traumatiques les séparations fréquentes de la mère pendant des périodes suffisamment longues pour que l'enfant perde accès à la satisfaction de ses besoins et pour que son intégrité soit menacée. Par ailleurs, un trauma aurait des répercussions plus importantes sur le développement psychique de l'enfant lorsque celui-ci s'inscrit dans la relation d'attachement avec les parents (Allen, 2005). Il s'agit d'un trauma primaire, qui menace l'intégrité de l'organisation psychique des processus de symbolisation (Emmanuelli et Azoulay, 2012). Selon Allen, les traumas vécus au sein de la relation entre l'enfant et son parent auraient un effet négatif double. D'abord, ils

induisent une détresse chez l'enfant, puis ils compromettent le développement de ses capacités mentales, lesquelles sont essentielles pour réguler cette détresse.

Plusieurs auteurs considèrent que la présence d'évènements potentiellement traumatiques (p. ex., abus sexuel ou physique, chaos familial, rejet affectif, négligence) s'inscrivant dans la relation avec les parents serait un facteur de risque du TPL (Bradley, Conklin et Westen, 2005; DiMascio, 2001; Herman, Perry et van der Kolk, 1989; P. Kernberg, 1990; Paris, 2000; Zanarini et Frankenburg, 1997; Zanarini, Gunderson, Marino, Schwartz et Frankenburg, 1989). Selon une étude rétrospective effectuée par Weaver et Clum (1993) visant à comparer des femmes adultes présentant un TPL ( $n = 17$ ) à celles issues de la population générale ( $n = 19$ ), les antécédents d'abus sexuels et physiques durant l'enfance au sein du milieu familial sont significativement plus fréquents chez les femmes ayant un diagnostic de TPL. Une étude menée par van Dijke, Ford, van Son, Frank et van der Hart (2013) auprès de 450 adultes, visant à comparer des patients consultant en psychiatrie à la population générale, montre que les indices cliniques associés au TPL (critères du DSM-IV-TR ; APA, 2000) sont significativement corrélés à un trauma vécu dans la relation d'attachement. Zanarini et ses collègues (2000) arrivent à des conclusions similaires et proposent la notion de l'*échec biparental* (*biparental failure*), qui correspond à une exposition en bas âge à des antécédents d'abus et de négligence de la part des deux parents. Une étude rétrospective effectuée au Massachusetts auprès de 467 patients hospitalisés en psychiatrie (358 patients TPL ; 109 individus contrôles qui présentent un autre trouble de l'axe II), démontre que les



patients *limites* avaient expérimenté durant l'enfance significativement plus d'abus (abus émotionnel, verbal et physique) et de négligence (dénégation du vécu émotif, manque de protection, négligence physique, repli sur soi, traitements imprévisibles, absence de relation profonde) de la part des deux figures parentales que le groupe contrôle (Zanarini et al., 2000). Enfin, la pathologie limite serait associée à de multiples séparations dans la relation avec la figure principale de soins durant l'enfance (DiMascio, 2001 ; Herman et al., 1989 ; Ludolph et al., 1990).

Bien que des antécédents relatifs aux évènements traumatiques et des relations pathogènes soient fréquemment recensés dans la population psychiatrique, ce ne sont pas tous les enfants qui vivent de tels évènements qui développeront une psychopathologie sévère à l'âge adulte. Néanmoins, certaines études ont démontré que le TPL, contrairement aux autres psychopathologies, serait peu corrélé avec la présence d'un évènement traumatique isolé, mais plutôt avec une exposition répétée à des évènements potentiellement traumatiques durant l'enfance (Ludolph et al., 1990 ; Spatz Widom et al., 2009 ; Weaver et Clum, 1993), surtout lorsqu'il s'agit d'antécédents d'abus sexuel (Bleiberg, 2001).

### **Objectifs et hypothèses de recherche**

La présente étude vise à documenter la trajectoire développementale du TPL et à étudier les traits de personnalité limite au moment où ils se développent chez l'enfant.

L'approche développementale et dimensionnelle a été favorisée. L'objectif est d'identifier des traits de personnalité et des mécanismes de défense associés au TPL chez les enfants d'âge scolaire qui présentent certains facteurs de risque reliés au développement de ce trouble à l'âge adulte. Compte tenu des écrits scientifiques qui démontrent que des événements traumatiques vécus durant l'enfance dans le contexte de la relation avec les parents constituent un facteur de risque associé au diagnostic de TPL tel qu'il se manifeste à l'âge adulte, des enfants hébergés dans des centres spécialisés, sous la responsabilité des autorités garantes de la protection de la jeunesse, ont été sélectionnés pour participer à l'étude.

Dans un premier temps, un portrait des caractéristiques des enfants à l'étude sera dressé à l'aide d'analyses statistiques descriptives, concernant la fréquence des événements potentiellement traumatiques vécus, les traits de personnalité limite et les mécanismes de défense utilisés. Certains résultats obtenus lors d'études antérieures menées auprès d'enfants de la population générale ayant utilisé les mêmes instruments de mesure pour les traits de personnalité limite et les mécanismes de défense seront également rapportés afin de mieux contextualiser les résultats de la présente étude. Ensuite, les similitudes entre les perspectives des enfants et des éducateurs référents concernant l'utilisation de mécanismes de défense matures et immatures seront explorées à l'aide d'analyses de corrélation de Pearson afin d'évaluer la possibilité de calculer un score composite pour la suite des analyses.

Dans un second temps, les relations entre les traits de personnalité limite et les mécanismes de défense seront étudiées. Des analyses de corrélation seront utilisées afin de mesurer les relations d'association entre ces deux variables, alors que le pouvoir prédictif des mécanismes de défense sur l'intensité des traits de personnalité limite manifestés par l'enfant sera testé à partir d'analyses de régression linéaire. Les hypothèses retenues proposent que : 1. Les enfants qui utilisent fréquemment des mécanismes de défense immatures manifesteront des traits de personnalité limite de façon plus marquée, 2. Les enfants qui utilisent peu de mécanismes de défense matures auraient plus des traits de personnalité limite, 3. L'utilisation de mécanismes de défense immatures prédira des scores plus élevés de traits de personnalité limite et 4. L'utilisation de mécanismes de défense matures prédira des scores plus bas concernant les traits de personnalité limite.

## **Méthode**

### **Participants**

L'étude a été menée auprès d'un modeste échantillon composé de 15 enfants âgés entre six et 11 ans ( $M = 8,87$  ans,  $ET = 1,64$ , cinq filles). Ces enfants étaient hébergés depuis minimalement un mois dans l'une des deux ressources de la protection de l'enfance situées en banlieue de la ville de Montréal, au Québec, soit dans une unité de vie interne ( $n = 8$ ) ou un foyer de groupe externe ( $n = 7$ ). Les enfants ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme ont été exclus de l'échantillon, en raison de la probabilité qu'ils aient recours à des mécanismes de

défense moins évolués en lien avec leurs difficultés cognitives ou neuro-développementales, ce qui aurait pu biaiser les résultats. Les éducateurs référents qui en sont responsables ont également participé à la recherche.

Cette population a été sélectionnée en raison de facteurs de risque liés au TPL auxquels ils sont exposés au cours de leur développement. En effet, au Québec, les intervenants de la protection de l'enfance évaluent la situation des enfants qui font l'objet d'un signalement. Lorsqu'ils concluent à une compromission de la sécurité ou du développement de l'enfant, ce dernier est pris en charge par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ). Dans environ 11,6 % des cas, l'enfant sera hébergé dans un centre de réadaptation (p. ex., unité de vie) ou une ressource intermédiaire (c.-à-d., lieu d'hébergement dans la communauté rattaché à un établissement public et encadré par une équipe d'éducateurs ; p. ex., foyer de groupe). Les principaux motifs d'hébergement dans ces services sont : la négligence ou un risque sérieux de négligence (49,0 %), les mauvais traitements psychologiques (17,7 %), l'abus physique ou un risque sérieux d'abus physique (12,8 %), l'abus sexuel ou un risque sérieux d'abus sexuel (4,5 %), l'abandon (séparation des figures d'attachement significatives; 2,5 %) et les troubles de comportements sévères (13,5 %) (Association des centres jeunesse du Québec, 2016). Ces motifs sont considérés par DiMascio (2001) en tant qu'événements potentiellement traumatiques pour l'enfant. Les enfants sous la responsabilité de la DPJ seraient donc plus à risque de développer un TPL à l'âge adulte que ceux issus de la population

générale, considérant leur exposition à des événements traumatiques dans la relation avec leurs parents (DiMascio, 2001 ; Herman et al., 1989).

### **Procédure**

La présente étude s'inscrit dans un projet plus large visant à identifier les variables intrapsychiques et relationnelles liées à la gestion de l'agressivité chez les enfants hébergés sous la responsabilité des autorités en charge de la protection de la jeunesse. Ce projet a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke et de celui du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. D'abord, les éducateurs travaillant dans les centres d'hébergement ont été rencontrés afin de leur expliquer les implications de la recherche et de signer le formulaire d'information et de consentement. Les parents ou, dans l'absence des parents, les tuteurs légaux, ont été ensuite rencontrés par les éducateurs référants dans le but de leur donner des explications détaillées concernant la participation de l'enfant et d'obtenir leur consentement libre et éclairé. Enfin, l'étude et la nature de leur participation furent également expliquées aux enfants par les parents ou les éducateurs afin d'obtenir leur assentiment suivant une procédure prévue à cet effet.

Les enfants ont été rencontrés individuellement à trois reprises dans le contexte du projet de recherche plus large. À chacune de ces rencontres, les enfants étaient invités à participer à diverses activités (p. ex., questionnaires, entrevues, période de jeu libre,

histoires à raconter en utilisant des figurines). Lors de la première rencontre, les enfants ont complété l'échelle concernant les traits de personnalité limite pouvant être observés chez les enfants. Lors de la seconde rencontre, ils ont rempli un questionnaire évaluant l'utilisation des mécanismes de défense, selon la version adaptée à leur âge. Ces deux questionnaires ont été remplis avec l'aide d'un assistant de recherche qui a lu à voix haute les consignes et les items à l'enfant afin d'assurer sa compréhension. En parallèle, l'éducateur référent de l'enfant a complété une version adaptée du questionnaire concernant les mécanismes de défense, de même qu'un bref questionnaire sur les données sociodémographiques et les antécédents de l'enfant.

### **Instruments de mesure<sup>4</sup>**

**Questionnaire sociodémographique.** Questionnaire complété par l'éducateur référent visant à recueillir des informations sur les données sociodémographiques, le motif d'hébergement et les événements marquants dans l'histoire de vie de l'enfant. Le temps prévu pour remplir ce questionnaire est d'environ 10 minutes. Lorsque nécessaire, la recension des informations a été complétée à partir de la révision du dossier de l'enfant. La décision de remettre ce questionnaire aux éducateurs plutôt qu'aux parents

---

<sup>4</sup>L'échelle de traits de personnalité limite pour enfants (ÉTPLE), de même que les versions françaises du *Response Evaluation Measure-71-Youth Version* (REM-Y-71), du *Kids-Response Evaluation Measure-Youth-22* (K-REM-Y-22) et du *Response Evaluation Measure-71-Parent Version* (REM-P-71) ont été traduites en français selon la méthode traduction/retraduction (Behling et Law, 2000) en utilisant une approche consensuelle (Bradley, 1994). Selon cette méthode, deux personnes bilingues traduisent l'instrument de façon indépendante, puis, comparent leurs versions et résolvent les différences. Ensuite, une troisième personne traduit l'instrument dans sa langue d'origine afin de s'assurer que les énoncés conservent leur sens (Behling et Law, 2000). La traduction est enfin révisée par un comité d'experts et d'utilisateurs potentiels de l'instrument (Bradley, 1994).

découle d'un souci d'uniformiser la procédure et d'éviter des biais de réponse. Ayant été retirés de leur milieu familial, ces enfants ne côtoient pas leurs parents au quotidien. Dans certains cas, les enfants n'ont plus de contact avec ceux-ci.

**Échelle de traits de personnalité limite pour enfants (ÉTPLE).** Traduction française du *Borderline Personality Features Scale for Children* (BPFS-C; Crick et al., 2005) par Terradas et Achim (2010). Il s'agit d'un questionnaire auto-rapporté que l'enfant peut remplir en 15 minutes. L'instrument permet d'identifier les traits de personnalité associés au TPL chez les enfants d'âge scolaire. Jusqu'à présent, il avait été utilisé avec des enfants de 9 ans et plus. Nous considérons cependant que les items peuvent être bien compris par les enfants à partir de 6 ans. Le questionnaire comprend 24 énoncés auxquels l'enfant répond sur une échelle de type Likert allant de *pas du tout vrai* (1) à *toujours vrai* (5). Les items se distribuent en quatre sous-échelles : instabilité affective, problèmes d'identité, relations interpersonnelles négatives et autodestruction. La version originale de l'instrument, validée auprès de 400 enfants américains de 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> années du primaire, fait preuve d'excellentes propriétés psychométriques (stabilité temporelle après 6 mois et 1 an :  $r_{T1-T2} = 0,56$ ,  $r_{T1-T3} = 0,47$ ,  $r_{T2-T3} = 0,58$ ; cohérence interne :  $\alpha > 0,76$  aux trois temps de mesure; validité de construit des différentes sous-échelles; Crick et al., 2005). La version française a quant à elle été validée auprès de 262 enfants francophones et 43 enfants bilingues de la province de Québec. L'analyse factorielle révèle un modèle en quatre composantes expliquant 46,61 % de la variance totale : (a) Contrôle des impulsions (perte de contrôle, impulsivité, agressivité et

comportements autodestructeurs), (b) Relations interpersonnelles négatives (durabilité des relations, agressivité relationnelle, contrôle et jalousie dans les relations avec les pairs), (c) Régulation des émotions (émotions intenses, instables et inappropriées au contexte, inquiétude face aux pertes) et (d) Sentiment de vide (sentiment d'ennui et de solitude entraînant une souffrance). L'instrument permet d'obtenir un indice global de traits de personnalité limite ainsi que des indices de ces quatre composantes. La cohérence interne de l'instrument est satisfaisante ( $\alpha = 0,86$ ). Les corrélations entre les versions française et anglaise, administrées aux enfants bilingues avec une semaine d'intervalle, sont satisfaisantes (corrélations entre les sous-échelles variant entre 0,67 et 0,83; corrélation entre les scores totaux :  $r = 0,84$ ; Arsenault, Dubé, Terradas, Lallier Baudoin et Pesant, 2012 ; Dubé, Terradas et Arsenault, 2015).

#### **The Response Evaluation Measure – 71 – Youth Version (REM-Y-71).**

Questionnaire permettant d'identifier les mécanismes de défense utilisés de façon prédominante par les enfants âgés de huit ans et plus (Araujo, Medic, Yasnovsky et Steiner, 2006). Il permet de différencier deux types de mécanismes de défense, soit immatures et matures (Steiner, Araujo et Koopman, 2001). Chacun des facteurs regroupe des mécanismes de défense de nature interpersonnelle (c.-à-d., qui impliquent les autres personnes) et des mécanismes de défense de nature intrapsychique (c.-à-d., qui impliquent uniquement l'individu lui-même). Les mécanismes de défense immatures de nature interpersonnelle sont : passage à l'acte, déplacement, agression passive, projection, clivage et repli sur soi. Les mécanismes de défense immatures de nature



intrapsychiques sont : conversion, dissociation, rêverie autistique, omnipotence, refoulement, somatisation, sublimation<sup>5</sup> et annulation. Les mécanismes de défense matures de nature interpersonnelle comprennent l'altruisme, l'humour, l'idéalisation et la formation réactionnelle, alors que les mécanismes de défense matures de nature intrapsychique incluent l'isolation de l'affect, l'intellectualisation et la répression (Yasnovsky et al., 2003). Les auteurs de l'instrument se sont basés sur les définitions de Vaillant (1977) et du glossaire du DSM-IV-TR (APA, 2000). Le REM-Y-71 est une version adaptée du REM-71 (Steiner et al., 2001) qui s'adresse aux adolescents et aux adultes. Les recherches réalisées sur le REM-71 ont permis de constater que les adolescents et les adultes sont en mesure de reconnaître les dérivés conscients des mécanismes de défense et il semble qu'il en soit de même pour les enfants (Yasnovsky et al., 2003). Les items du REM-71 ont été simplifiés par deux enseignantes de deuxième année du primaire et ensuite modifiés à partir de la lecture effectuée par dix enfants de troisième année (cinq filles et cinq garçons) (Araujo et al., 2006). Des soutiens visuels ont également été ajoutés à la version pour enfants. Le temps requis pour répondre au questionnaire est d'environ 20 minutes. L'instrument est composé de 71 items pour lesquels l'enfant répond sur une échelle de type Likert en cinq points, allant de *fortement en désaccord* (1) à *fortement en accord* (5). Le score d'un mécanisme

---

<sup>5</sup> De façon générale, la sublimation est considérée par les théoriciens et chercheurs comme un mécanisme de défense mature (p. ex., Perry et al., 2009). Cependant, les auteurs du REM classent ce mécanisme de défense dans la catégorie immature, en raison des résultats obtenus lors de l'étude de validation (Steiner et al., 2001). Bien que ce mécanisme soit statistiquement relié aux deux facteurs, une saturation supérieure est obtenue avec le facteur 1 (mécanismes de défense immatures). Steiner et ses collègues proposent que ce résultat puisse s'expliquer en partie par les études qui ont démontré un lien entre les efforts créatifs effrénés et la détresse émotionnelle, la psychopathologie et les processus de pensée trop inclusifs (Andreasen, 1996).

de défense correspond à la moyenne des items qui y sont associés. La distinction entre les deux types de mécanismes de défense est issue d'une analyse factorielle sans rotation. Le facteur 1, relié aux mécanismes de défense immatures, permet d'expliquer 21,2 % de la variance totale ( $\alpha = 0,82$ ), alors que le facteur 2, associé à des mécanismes de défense matures, permet d'expliquer 14,1 % de la variance ( $\alpha = 0,73$ ) (Steiner et al., 2001). La stabilité temporelle après trois semaines de la version pour enfants est satisfaisante ( $r_{\text{facteur 1}} = 0,74$  et  $r_{\text{facteur 2}} = 0,68$ ) (Yasnovsky et al., 2003).

**The Kids-Response Evaluation Measure – 22 – Youth Version (K-REM-Y-22).** Araujo et ses collègues (2006) ont élaboré une version abrégée du REM-Y-71 qui permet d'identifier les mêmes mécanismes de défense prédominants chez les enfants de six et sept ans. Chaque mécanisme est évalué à l'aide de l'item du REM-Y-71 ayant obtenu le coefficient alpha de Cronbach le plus élevé dans les études précédentes. Les deux versions de l'instrument (REM-Y-71 et K-REM-Y-21) sont fortement corrélées ( $r_{\text{facteur 1}} = 0,62$  ;  $r_{\text{facteur 2}} = 0,75$ ) (Araujo et al., 2006).

**The Response Evaluation Measure – 71 – Parent version (REM-P-71).** Yasnovsky et ses collègues (2003) ont également développé une version de ce questionnaire adressée aux parents. Les items du REM-Y-71 (Araujo et al., 2006) ont été reformulés à la troisième personne afin que le répondant puisse remplir le questionnaire en fonction des pensées et comportements de l'enfant selon une échelle de Likert en

neuf points allant de *fortement en désaccord* (1) à *fortement en accord* (9). Le temps requis pour le compléter est d'environ 20 minutes. Le REM-P-71 présente une bonne stabilité temporelle après trois semaines ( $r_{\text{facteur 1}} = 0,81$  ;  $r_{\text{facteur 2}} = 0,66$ ) et une cohérence interne satisfaisante ( $\alpha_{\text{facteur 1}} = 0,87$  ;  $\alpha_{\text{facteur 2}} = 0,65$ ). La concordance entre la version enfant et parent s'est avérée modérée pour le facteur 1 ( $r = 0,36$ ) et non significative pour le facteur 2 (Yasnovsky et al., 2003). Cette version a été adaptée de façon à être complétée par les éducateurs référents des enfants concernés par la recherche.

## Résultats

Des analyses préliminaires ont permis de démontrer que les postulats de normalité et de valeurs extrêmes des variables à l'étude sont rencontrés. Étant donné l'échantillon très limité sur lequel l'étude a été menée, les corrélations ont été considérées selon la taille de l'effet<sup>6</sup> (c.-à-d., force des relations).

### Portrait descriptif des caractéristiques de l'échantillon

Un portrait des principales caractéristiques étudiées chez les participants a été dressé à l'aide d'analyses descriptives.

---

<sup>6</sup> Seront considérées les relations modérées ou moyennes ( $r = 0,30$  à  $0,49$ ) et les relations fortes ( $r = 0,50$  et plus). Les relations faibles ( $r < 0,30$ ) ne sont pas rapportées dans le texte afin d'alléger la présentation des résultats.

**Antécédents traumatiques.** Les enfants composant l'échantillon ont vécu un ou plusieurs évènements potentiellement traumatiques, tels que l'abandon ( $n = 7$ ), la négligence ( $n = 6$ ), l'abus sexuel ( $n = 5$ ), l'abus physique ( $n = 8$ ) ou ont été témoins de violence physique ( $n = 8$ ). Treize d'entre eux auraient vécu un autre évènement traumatique non précisé.

**Traits de personnalité limite.** Les résultats moyens obtenus par les participants à l'ÉTPLE sont présentés dans le Tableau 2. Un résultat issu de l'étude de validation de la version originale de l'instrument (BPFS-C; Crick et al., 2005) est aussi indiqué, à titre de référence, afin de contextualiser les scores obtenus dans la présente recherche. Il semble que les enfants de l'échantillon aient tendance à présenter des traits de personnalité limites plus marqués en moyenne (score global ÉTPLE) que les enfants de la population générale.

**Mécanismes de défense.** Les résultats obtenus à l'instrument mesurant les mécanismes de défense, en version auto-rapportée (perspective de l'enfant) ou complétée par un tiers (perspective de l'éducateur référent), sont présentés dans le Tableau 3. Ici aussi, les perspectives d'enfants de la population générale et de leurs mères (Yasnovsky et al., 2003) sont rapportées dans le tableau à titre de référence. Le tableau révèle des tendances vers des scores plus élevés concernant le recours aux

mécanismes de défense immatures et des scores plus bas pour l'utilisation de mécanismes de défense matures chez les enfants composant l'échantillon.

**Corrélations entre les versions de l'instrument de mesure des mécanismes de défense.** Des analyses de corrélation de Pearson ont été utilisées afin de vérifier les relations entre la version de l'échelle évaluant le recours aux mécanismes de défense remplie par les enfants et celle complétée par les éducateurs référents. Les résultats démontrent certaines tendances de relations entre les deux versions de l'instrument. En effet, les réponses des enfants et celles des éducateurs référents sont fortement corrélées concernant les mécanismes de défense immatures (facteur 1 global), les mécanismes de défense immatures de nature intrapsychique et les mécanismes de défense matures de nature interpersonnelle. Les trois autres facteurs s'avèrent faiblement corrélés (voir Tableau 3). Une analyse de profil démontre que les quatre facteurs du REM (immature de nature interpersonnelle, immature de nature intrapsychique, mature de nature interpersonnelle, mature de nature intrapsychique) varient selon la source (c.-à-d., l'enfant ou l'éducateur référent). Globalement, les éducateurs auraient tendance à rapporter un niveau plus bas de mécanisme de défense à l'ensemble des facteurs. Ainsi, les résultats ne permettent pas de calculer un score composite qui combinerait les résultats des enfants et des éducateurs référents.

### **Relations entre les traits de personnalité limite et les mécanismes de défense**

Afin de répondre aux hypothèses de recherche, qui suggèrent que le recours prédominant aux mécanismes de défense immatures (hypothèse 1), de même qu'une utilisation peu fréquente de mécanismes de défense matures (hypothèse 2), seraient associés à des scores élevés à l'ÉTPLE, des corrélations de Pearson ont été effectuées. Ensuite, des analyses de régression linéaire ont été appliquées afin de mesurer le pouvoir prédictif des mécanismes de défense sur l'intensité des traits de personnalité limite manifestés par l'enfant et vérifier la troisième et la quatrième hypothèses de recherche. Ces analyses ont été effectuées à titre exploratoire, étant donné la petite taille de l'échantillon et ont été produites à deux reprises afin d'étudier les relations entre les traits de personnalité limite et les mécanismes de défense selon la perspective des éducateurs (REM-P-71, complété par les éducateurs référents) ou des enfants (REM-Y-71 et REM-Y-22, complétés par les enfants).

**Relations d'association entre les traits de personnalité limite (ÉTPLE) et les mécanismes de défense selon la perspective des éducateurs (REM-P-71, voir Tableau 4).** Selon la perception des éducateurs, l'échelle d'instabilité affective est négativement associée à l'utilisation de mécanismes de défense immatures globalement et de nature intrapsychique, alors qu'elle est positivement liée au recours à des mécanismes de défense matures, aussi globalement et de nature intrapsychique. Ensuite, l'échelle des relations interpersonnelles négatives est inversement reliée au recours par

l'enfant aux mécanismes de défense matures, en globalité, de même que de nature interpersonnelle ou de nature intrapsychique. Les résultats suggèrent également une tendance vers une relation positive entre cette dernière échelle et les mécanismes de défense immatures de nature intrapsychique. L'échelle des comportements autodestructeurs serait inversement liée aux mécanismes de défense immatures de nature interpersonnelle. Enfin, le score global de l'échelle évaluant les traits de personnalité limite et l'échelle mesurant des problèmes d'identité ne sont que faiblement liés aux mécanismes de défense utilisés par l'enfant.

**Relations d'association entre les traits de personnalité limite (ÉTPLE) et les réponses des enfants à l'échelle évaluant les mécanismes de défense (K-REM-Y-22 et K-REM-Y-71, voir Tableau 5).** Selon la perception des enfants eux-mêmes, le recours aux mécanismes de défense matures serait inversement relié à toutes les échelles mesurant les traits de personnalité limite, plus précisément au score global de l'ÉTPLE et aux échelles d'instabilité affective, des problèmes identitaires, des relations interpersonnelles négatives et des comportements autodestructeurs. Aucune relation signifiante ou significative n'a été observée entre les traits de personnalité limite et l'utilisation de mécanismes de défense immatures.

**Pouvoir prédictif des mécanismes de défense sur les traits de personnalité limite selon les réponses des éducateurs référents.** Les modèles évaluant les relations

entre les mécanismes de défense selon la perspective des éducateurs référents et les traits de personnalité limite ne sont pas statistiquement significatifs. Le pouvoir prédictif d'un modèle à deux variables indépendantes, incluant le facteur 1, les mécanismes de défense immatures, et le facteur 2, les mécanismes de défense matures, a été testé sur le score total et les quatre sous-échelles de l'ÉTPLE, soit l'instabilité affective, les problèmes d'identité, les relations interpersonnelles négatives et les comportements autodestructeurs. Ainsi, il semble que l'utilisation des mécanismes de défense, selon la perspective des éducateurs au REM, ne permette pas de prédire l'intensité des traits limites.

**Pouvoir prédictif des mécanismes de défense sur les traits de personnalité limite selon les réponses des enfants** (voir Tableau 6). Selon la perception des enfants, des relations statistiquement significatives existent entre les mécanismes de défense qu'ils utilisent et la présence chez eux des traits de personnalité limite. Le pouvoir prédictif d'un modèle à deux variables indépendantes, incluant le facteur 1, soit l'échelle globale des mécanismes de défense immatures, et le facteur 2, qui correspond aux mécanismes de défense matures de façon globale, a été testé sur le score total et les quatre sous-échelles de l'ÉTPLE, soit l'instabilité affective, les problèmes d'identité, les relations interpersonnelles négatives et les comportements autodestructeurs. Ce modèle permet d'expliquer 70 % de la variance du score global à l'ÉTPLE ( $F(2,12) = 13,74 ; p < 0,01$ ), 36 % de la variance à l'échelle d'instabilité affective ( $F(2,12) = 3,30 ; p = \text{n.s.}$ ), 41 % de la variance à l'échelle des problèmes identitaires ( $F(2,12) = 4,09 ; p < 0,05$ ), 40



% de la variance à l'échelle des relations interpersonnelles négatives ( $F(2,12) = 4,04$  ;  $p < 0,05$ ) et 30 % de la variance à l'échelle des comportements autodestructeurs ( $F(2,12) = 2,60$  ;  $p = \text{n.s.}$ ). Plus précisément, le recours plus fréquent aux mécanismes de défense immatures est associé à des manifestations plus intenses de traits de personnalité limite, d'instabilité émotionnelle, de problèmes d'identité, de relations négatives avec les autres et de comportements autodestructeurs. À l'inverse, un recours plus fréquent aux mécanismes de défense matures serait lié à des scores bas aux quatre sous-échelles, de même qu'au score global. Les modèles évaluant les relations entre les mécanismes de défense et l'échelle d'instabilité affective, ainsi que l'échelle des comportements autodestructeurs, ne sont pas statistiquement significatifs, mais sont jugés satisfaisants compte tenu du caractère exploratoire de l'étude (c.-à-d., démontrent des tendances intéressantes).

## Discussion

La présente étude visait à documenter les relations entre les traits de personnalité limite et le recours à certains mécanismes de défense de façon privilégiée chez des enfants d'âge scolaire en contexte de protection de l'enfance. Étant donné le nombre limité de participants à l'étude, les analyses statistiques ont été appliquées à titre exploratoire. Les résultats ont été considérés selon la taille de l'effet des relations entre les variables dans l'objectif de souligner certaines tendances et forces d'association entre elles.

Globalement, il est possible de constater certaines différences entre la perception des éducateurs référents et celle des enfants concernant le recours aux mécanismes de défense matures et immatures, ce qui est cohérent avec les résultats obtenus lors de l'étude de validation effectuée sur les versions originales anglaises, qui démontraient également des différences entre la perception des parents et des enfants (Yasnovsky et al., 2003). Les éducateurs rapportent un niveau plus bas de recours aux différents mécanismes de défense mesurés. Les mécanismes de défense constituant des processus intrapsychiques difficilement observables et mesurables, il est possible que cette différence de perspective entre les répondants soit liée à l'utilisation des questionnaires comme méthode d'évaluation. Malgré un effort d'en offrir une définition plus concrète par certains auteurs (Di Giuseppe et al., 2014 ; Vaillant, 1977), qui suggèrent que les mécanismes de défense sont des réactions ou des moyens utilisés par l'individu lorsqu'il est confronté à des facteurs de stress, à des émotions ou à des pensées qui induisent en lui une souffrance, il est possible que l'étendue et les nuances relatives aux mécanismes de défense, principalement à ceux de nature intrapsychique, puissent être difficilement accessibles pour l'éducateur référent qui se base uniquement sur des comportements observables. D'autre part, bien que les enfants aient davantage accès à leur monde interne, ils ont des capacités d'introspection généralement moins développées que les adultes. Rappelons que le développement de la capacité réflexive des enfants sous la responsabilité de la protection de la jeunesse a pu être entravé par la présence d'évènements traumatiques en bas âge (Bleiberg, 2001; DiMascio, 2001).

Les hypothèses de recherche ont été testées à deux reprises, en raison des différences de perception entre les éducateurs référents et les enfants qui ne permettaient pas le calcul d'un score composite. Il semble que ces divergences de point de vue aient des répercussions sur la force des relations entre les mécanismes de défense utilisés par les enfants et l'intensité à laquelle s'expriment certains traits de personnalité associés au TPL, puisque les résultats diffèrent selon le répondant. D'abord, selon la perception qu'ont les éducateurs référents concernant le recours par les enfants aux différents mécanismes de défense, ceux qui utilisent de façon plus marquée des mécanismes de défense immatures (de bas niveau ; p. ex., passage à l'acte, projection, clivage, repli sur soi, rêverie autistique, omnipotence, somatisation) auraient davantage tendance à entretenir des relations négatives avec les autres et à manifester des comportements nuisibles pour eux-mêmes. Les relations trouvées entre les mécanismes de défense immatures et les traits de personnalité limite sont cohérentes avec les écrits théoriques antérieurs (P. Kernberg et al., 2000 ; Pine, 1986) et avec la première hypothèse de recherche. D'un autre côté, toujours selon la perspective des éducateurs référents, les enfants qui utilisent davantage de mécanismes de défense matures (p. ex., altruisme, humour, formation réactionnelle, isolation de l'affect, intellectualisation, répression) présenteraient moins de difficultés dans les relations avec les autres (relations interpersonnelles négatives). Il s'agit d'un résultat cohérent avec la seconde hypothèse de recherche.

Les résultats obtenus concernant les relations entre l'échelle mesurant l'instabilité affective des enfants et les mécanismes de défense tels que perçus par les éducateurs référents apparaissent surprenants et contradictoires avec la documentation scientifique sur le TPL. En effet, il semble que les enfants qui utilisent davantage les mécanismes de défense immatures présentent généralement moins d'instabilité affective, alors que ceux qui favorisent le recours aux mécanismes de défense mature manifestent plus de perturbations affectives (affects instables). Ces résultats s'avèrent inattendus puisque les perturbations émotionnelles et la labilité affective sont liées à la pathologie limite (Leible & Snell, 2004) et aux mécanismes de défense de bas niveau (Cramer, 1999). Il est possible que ces résultats s'expliquent d'une part par le fait que l'échelle évaluant les traits de personnalité limite a été complétée par les enfants, de sorte qu'une plus grande cohérence serait favorisée avec l'échelle mesurant les mécanismes de défense qu'ils ont eux-mêmes rempli. D'autre part, les mécanismes de défense sont des opérations mentales de nature inconsciente (Laplanche et Pontais, 2007). L'éducateur devant s'appuyer sur des comportements observables des mécanismes de défense en raison de son point de vue externe, il est possible qu'il n'ait ainsi pas accès à l'ensemble des caractéristiques ou nuances propres au fonctionnement interne de l'enfant nécessaires à une évaluation juste des mécanismes de défense, notamment ceux de nature intrapsychique (c.-à-d., qui impliquent uniquement l'individu lui-même). D'ailleurs, les résultats contradictoires obtenus concernent surtout les mécanismes de nature intrapsychique tels qu'évalués par les éducateurs référents. Ces résultats sont contradictoires avec les hypothèses de recherche 1 et 2.

D'autre part, la troisième et la quatrième hypothèses de recherche, qui s'intéressent au pouvoir prédictif des mécanismes de défense sur la variance des traits de personnalité limite, n'ont pu être vérifiées à l'aide de la version complétée par les éducateurs de l'instrument mesurant les mécanismes de défense. En effet, les analyses de régression appliquées se sont avérées non significatives. Ensuite, selon la perception des enfants, les participants qui utilisent moins fréquemment des mécanismes de défense matures, présenteraient globalement des traits de personnalité associés au TPL de plus grande intensité ou fréquence, soit, plus précisément, davantage d'instabilité affective, de problèmes identitaires, de relations interpersonnelles négatives et de comportements autodestructeurs, tel que suggéré par la seconde hypothèse. La première hypothèse de recherche n'a pu être confirmée selon la perspective des enfants, les résultats s'avérant généralement non significatifs. Enfin, également selon la perspective des enfants, il semble que les mécanismes de défense utilisés permettent de prédire le score obtenu aux différentes échelles évaluant les traits de personnalité limite, confirmant la troisième et quatrième hypothèses de recherche. Les mécanismes de défense immatures tendent à être associés à des traits de personnalité limite qui se manifestent de façon plus intense, à une plus grande instabilité des affects, à davantage de problèmes identitaires, à plus de relations négatives avec les autres, de même qu'à davantage de comportements autodestructeurs, alors que les mécanismes de défense matures sont associés à des scores plus faibles à l'ensemble de ces échelles (manifestations associées au TPL). Globalement, certains des résultats obtenus dans l'étude suggèrent une association, selon la perception des enfants, entre les traits de personnalité associés au TPL et le recours à

des mécanismes de défense immatures tel que suggéré par les observations cliniques de P. Kernberg et al. (2000) et Pine (1986). Également, des relations similaires entre les mécanismes de défense de bas niveau et les traits de personnalité limite avaient été démontrées lors de recherches menées auprès d'adultes qui présentent un diagnostic de TPL (Bond et al., 1994 ; Cramer, 1999). L'observation selon laquelle les enfants qui ont moins recours aux mécanismes de défense matures présentent de plus forts traits de personnalité limite tels qu'évalués sur un continuum (approche dimensionnelle) semble novatrice puisque les relations entre ce type de mécanismes de défense et les traits de personnalité limite sont peu documentées dans des études empiriques effectuées auprès des enfants. Il semble donc que ce soit le faible recours aux mécanismes de défense matures (moins développés chez ces enfants) qui puisse distinguer davantage les enfants à risque d'évoluer vers un TPL à l'âge adulte, que l'utilisation aux mécanismes de défense immatures, contrairement aux théories qui soulignent plutôt les relations entre les mécanismes de défense immatures et les traits de personnalité limite (P. Kernberg et al., 2000 ; Pine, 1986). Ce résultat peut possiblement s'expliquer par la proposition théorique de Pine (1986) voulant que l'imprévisibilité du milieu familial d'origine et les antécédents traumatiques survenus au sein de la relation d'attachement des enfants considérés à risque entraîneraient des conséquences au niveau de la maturation des mécanismes de défense. L'utilisation plus fréquente de mécanismes de défense immatures serait observée dans la population générale en bas âge, de sorte que son recours par l'enfant ne serait pas nécessairement pathologique (Nasserbakht et al., 1996 ; Ruuttu et al., 2006). Ainsi, le risque de développer des traits de personnalité limite

semblerait plutôt conséquent à un processus de maturation des mécanismes de défense entravé par l'environnement, ce qui diminue la capacité de l'enfant d'avoir recours aux mécanismes de défense matures.

### **Limites de l'étude**

Rappelons la nature exploratoire de cette recherche qui a été menée auprès d'un échantillon modeste de 15 enfants. Il s'agit d'un examen préliminaire d'un sujet d'étude qu'il serait intéressant d'approfondir davantage en prenant en considération certaines limites. Premièrement, il aurait été nécessaire d'avoir un plus grand échantillon afin de permettre des analyses statistiques plus robustes. Notamment, compte tenu du nombre limité de participants à l'étude, les corrélations ont été considérées selon la taille de l'effet (c.-à-d., force des relations). Les difficultés associées au recrutement des participants, telles que l'obtention de l'autorisation des parents, ont grandement limité le nombre d'enfants évalués. Il serait pertinent de vérifier si les tendances observées s'avéreraient solides dans une réplication de l'étude avec plus d'enfants.

Deuxièmement, l'échantillon étudié est homogène en ce qui a trait aux antécédents et à l'histoire de vie des participants. En effet, tous les enfants qui composent l'échantillon ont vécu des événements potentiellement traumatiques dans leur milieu familial d'origine (p. ex., abus physique ou sexuel, négligence ou maltraitance, abandon) et ont été pris en charge par la protection de l'enfance, suivant une évaluation où leur sécurité et leur développement furent jugés compromis. De plus, ils sont tous

hébergés dans un centre de réadaptation à l'interne (p. ex., unité de réadaptation) ou à l'externe (p. ex., foyer de groupe intégré à la communauté). Les enfants qui demeurent dans un milieu de vie de ce type sont généralement les cas les plus problématiques pris en charge par la protection de l'enfance, les autres ressources ne pouvant pas répondre à leurs besoins spécifiques dans le moment présent. Le caractère restreint et homogène de l'échantillon limite donc les possibilités de généralisation des résultats, de même que la robustesse des analyses statistiques. Il serait donc pertinent que des recherches futures soient menées par exemple auprès d'enfants pris en charge par la protection de l'enfance, mais pour qui les services mis en place seraient plus variés, tels que des enfants bénéficiant de suivi dans leur milieu familial d'origine, d'autres qui ont été confiés à un tiers significatif ou encore des enfants qui ont été placés dans une famille d'accueil. Un échantillon plus varié permettrait de documenter davantage les nuances des caractéristiques observées chez les enfants qui ont vécu un ou plusieurs événements potentiellement traumatiques. Il serait alors possible de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble de la population d'enfants sous la responsabilité de la protection de la jeunesse. D'un autre côté, de futures recherches pourraient également inclure un groupe de contrôle composé d'enfants issus de la population générale afin d'obtenir des résultats plus variés aux différents instruments de mesure (c.-à-d., échantillon moins homogène) et ainsi de produire des analyses statistiques plus riches et robustes. L'ajout d'un groupe contrôle permettrait également de comparer le recours aux mécanismes de défense et l'intensité des traits de personnalité limite des enfants sous la protection de l'enfance à ceux de la population générale, notamment afin de mesurer l'incidence des



événements traumatiques généralement vécus par les premiers (c.-à-d., comparaisons intergroupes).

Troisièmement, les données concernant le recours aux mécanismes de défense et les traits de personnalité limite ayant été recueillies à l'aide de questionnaires complétés par des observateurs externes et par les enfants eux-mêmes, de possibles biais peuvent être rencontrés. D'abord, les éducateurs se basent uniquement sur des comportements observables, ce qui empêche de constater l'étendue et les nuances relatives à des processus intrapsychiques inconscients, tels que les mécanismes de défense (Laplanche & Pontalis, 2007). Ensuite, bien que les enfants aient davantage accès à leur monde interne, leurs capacités d'introspection et de réflexion sont généralement moins développées que les adultes, surtout lorsque ceux-ci ont été exposés à des événements potentiellement traumatiques au long de leur développement (Bleiberg, 2001; DiMascio, 2001; Pine 1986). Il est donc probable qu'il ait également été difficile pour les enfants de percevoir avec justesse le déclenchement en eux de ces mécanismes de défense internes et inconscients et des traits de personnalité limite ou d'interpréter les effets en tant qu'indices de leur activation. L'évaluation de ces variables par un professionnel spécialisé qui maîtrise l'évaluation des mécanismes de défense et des traits de personnalité limite auprès de la population infantile pourrait possiblement permettre d'éviter ces biais dans les études futures. En ce sens, il semble pertinent de construire de nouvelles versions de l'ÉTPLE et du REM qui seraient complétées par un psychothérapeute. Il serait à ce moment intéressant d'effectuer une étude comparative

qui confronterait les résultats obtenus par ce professionnel à ceux de l'enfant et de l'éducateur référent. Enfin, l'instrument utilisé pour mesurer les mécanismes de défense, que ce soit la version pour enfants ou celle complétée par les éducateurs, n'a été validé que dans sa version originale anglaise. Il serait pertinent de procéder à une étude de validation de la version traduite en français de cet instrument.

Finalement, une quatrième limite réside dans la possibilité que certains construits mesurés par le REM et l'ÉTPLE se recoupent et font référence à des éléments proximaux en termes de sens et de formulation. À titre d'exemple, l'un des items de l'ÉTPLE, inclus dans l'échelle mesurant les comportements autodestructeurs (item 7 : « Je fais des choses sans penser avant de les faire »), s'avère similaire à l'un des items du REM-Y, qui réfère au mécanisme de passage à l'acte (item 33 du REM-Y-71 : « Souvent, je fais des choses sans penser avant »). Par conséquent, les corrélations trouvées entre les traits de personnalité limite et les mécanismes de défense pourraient relever en partie de l'utilisation d'items similaires dans les deux instruments.

### **Conclusions**

Les résultats de cette recherche, bien que modestes, démontrent l'importance d'examiner les relations entre les traits de personnalité associés au TPL et les mécanismes de défense qui sont utilisés de façon privilégiée par l'enfant. Pour la première fois, selon la connaissance des auteurs, les relations entre ces deux variables

ont été étudiées auprès d'enfants francophones d'âge scolaire. Un examen ultérieur des relations entre ces variables auprès d'un échantillon plus vaste et varié pourrait éventuellement permettre d'orienter les interventions auprès des enfants considérés à risque de présenter des traits de personnalité et des mécanismes de défense associés à la pathologie limite. De cette façon, il serait potentiellement possible de prévenir l'évolution de ces traits de personnalité afin d'éviter que l'individu adulte reçoive un diagnostic de TPL (atténuation des altérations fonctionnelles) ou encore d'en influencer les manifestations futures (Crick et al., 2005). Un dépistage précoce des traits de personnalité et des mécanismes de défense associés au TPL chez les enfants pris en charge par la protection de la jeunesse permettrait de donner des soins plus appropriés et adaptés aux besoins de ces enfants.

### Références bibliographiques

- Allen J. G. (2005). *Coping with trauma: hope through understanding* (2<sup>e</sup> ed.). Washington, American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (1987). *DSM-III-R. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3<sup>e</sup> édition, texte révisé. Washington, American Psychiatric Association Publishing.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4<sup>e</sup> édition, texte révisé. Washington, Masson.
- Dubé, G., Terradas, M. M. et Arsenault, S. (2015). L'enfant borderline en devenir II : validation préliminaire de l'Échelle de traits de personnalité limite pour enfants. *Santé mentale au Québec*, XL(3), 245-267.
- American Psychiatric Association (2015). *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. France, Elsevier Masson.
- Andreasen, N. C. (1996). Creativity and mental illness: A conceptual and historical overview. In Schildkraut J. J., Otero A. (dir.), *Depression and the Spiritual in Modern Art : Homage to Miró* (pp. 2-14), New-York, Wiley & Sons.
- Andrews G., Singh M., Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 246-256.
- Araujo K. B., Medic S., Yasnovsky J., Steiner H. (2006). Assessing defense structure in school-age children using the Response Evaluation Measure - 71- version (REM-Y-71). *Child Psychiatry & Human Development*, 36, 427-436.
- Arsenault S., Dubé G., Terradas M. M., Lallier Baudoin M.-C., Pesant S. (2012, mars). *L'enfant borderline en devenir : validation de l'Échelle des traits de personnalité limite pour les enfants*, Communication par affiche présentée au 34<sup>e</sup> congrès annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie (SQRP), Sherbrooke, Canada.

- Association des centres jeunesse du Québec (2016). *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / Directeurs provinciaux 2016*, Bibliothèque et Archives Nationales du Québec.
- Bemporad J. R., Smith H. F., Hanson G., Cicchetti D. (1982). Borderline syndromes in childhood: Criteria for diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 139, 596-602.
- Behling O., Law K. S. (2000). *Translating questionnaires and other research instruments. Problems and solutions*. Londres, Sage Publications.
- Bleiberg E. (2001). *Treating personality disorders in children and adolescents: A relational approach*, New York, The Guilford Press.
- Bond M. P. (1995). The development and properties of the Defense Style Questionnaire. In Conte H. R., Plutchik, R. (dir.), *Ego defenses: Theory and measurement*. (pp. 202-220), Oxford, John Wiley & Sons.
- Bond M., Paris J., Zweig-Frank H. (1994). Defense styles and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 8, 28-31.
- Bonsack C., Despland J. N., Spagnoli J. (1998). The French version of the Defense Style Questionnaire. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67, pp. 24-30.
- Bradley C. (1994). *Handbook of psychology and diabetes: A guide to psychological measurement in diabetes research and practice* (pp. 43-55). Suisse, Hardwood Academic Publisher.
- Bradley R., Conklin C. Z., Westen, D. (2005). The borderline personality diagnosis in adolescents: gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1006-1019.
- Brown M. Z., Comtois K. A., Linehan M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *American Psychological Association*, 111, 198-202.

- Chabrol H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, 82, 31-42.
- Cramer P. (1999). Ego functions and ego development: Defense mechanisms and intelligence as predictors of ego level. *Blackwell Publishing*, 67, 735-760.
- Crick N. R., Murray-Close D., Woods K. (2005). Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 17, 1051-1070.
- DiMascio D. (2001). *The theory of the relationship of maltreatment and dysfunctional attachment to borderline personality disorder: A critical review of the literature* (Thèse de doctorat inédite), Alliant International University, San Diego, Californie.
- Di Giuseppe M., Perry J. C., Petraglia J., Janzen J., Lingardi V. (2014). Development of a Q-sort version of the Defense Mechanism Rating Scales (DMRS-Q) for clinical use. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 452-465.
- Dubé G., Terradas M. M., Arsenault S. (2015). L'enfant borderline en devenir II : validation préliminaire de l'Échelle de traits de personnalité limite pour enfants. *Santé mentale au Québec*, 40, 245-267.
- Emmanuelli M., Azoulay C. (2012). *Les troubles limites chez l'enfant et l'adolescent : Apports du bilan psychologique*. Toulouse, Éditions Érès.
- Elices M., Pascual J. C., Carmona C., Martin-Blanco A., Feliu-Soler A., Ruiz E. et al. (2015). Exploring the relation between childhood trauma, temperamental traits and mindfulness in Borderline Personality Disorder. *BMC Psychiatry*, 15, pp. 1-7. doi: 10.1186/s12888-015-0573-z
- Frederico M. M., Jackson A. L., Black C. M. (2008). Understanding the impact of abuse and neglect on children and young people referred to a therapeutic program. *Journal of Family Studies*, 14, 342-361.

- Freud S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Guelfi J. D., Hatem N., Damy C., Corruble E. (2000). Intérêt du *Defense Style Questionnaire (DSQ)*, questionnaire sur les mécanismes de défense. *Annales Médico-Psychologiques*, 158, 594-601.
- Herman J. L., Perry J. C., van der Kolk B. A. (1989). Childhood trauma in Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.
- Hinshaw S. P., Cicchetti, D. (2000). Stigma and mental disorder: conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy. *Development and Psychopathology*, 12, 555-598.
- Houzel D., Emmanuelli M., Moggio F. (2000). *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Karaklic, D., Bungener C. (2010). Évolution du trouble de la personnalité borderline: Revue de la littérature. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 36, pp. 373-379.
- Kernberg O. F. (2004). *Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Kernberg P. F. (1990). Resolved: Borderline personality exists in children under twelve », *Journal of the American of Child and Adolescent Psychiatry*, 23, pp. 478-479.
- Kernberg P. F., Weiner A. S., Bardenstein K. K. (2000). *Personality disorders in children and adolescents*. New York, Basic Books.
- Khan M. (1976). *Le soi caché*. Paris, Gallimard.
- Laplanche J., Pontalis J. B. (2007). *Vocabulaire de la psychoanalyse*. Paris, Quadrige.

- Leible, T. L. et Snell, W. E. Jr. (2004). Borderline Personality Disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 37, 393-404.
- Lingiardi, V. et McWilliams, N. (dir.). (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual: PDM-2* (2<sup>e</sup> éd.). New York, NY: Guilford Publications Inc.
- Ludolph P. S., Westen D., Mistle B., Jackson A., Wixom J., Wiss F. C. (1990). The borderline diagnosis in adolescents: Symptoms and developmental history. *The American Journal of Psychiatry*, 147, 470-476.
- Michel G., Purper-Ouakil D. (2006). *Personnalité et développement : du normal au pathologique*. Paris, Dunot.
- Misès R., Quemada N. (2000). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2000* (4<sup>e</sup> éd.). Vanves, CTNERHI.
- Misès R., Botbol M., Bursztejn C., Coinçon Y., Durand B., Garrabé J., Garret-Gloanec N., Golse B., Portelli C., Raynaud J. P. (2012). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2012. Correspondance et transcodage : CIM 10* (5<sup>e</sup> éd.). Paris, Presses de l'EHESP.
- Nasserbakht A., Araujo K., Steiner H. (1996). A comparison of adolescent and adult defense style. *Child Psychiatry and Human Development*, 27, 3-14.
- Nevid J., Rathus S., Greene B. (2011). *Psychopathologie : Une approche intégrée* ; trad. fr. Huberdeau M. É., Chevrier M., Blanchette L., Cormier N., Saint-Laurent, Québec : ERPI.
- Paris J. (2000). Childhood precursors of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 77-88.
- Perry J. C., Guelfi J. D., Despland J. N., Hanin B., Lamas C. (2009). *Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation*. Issy-les-Moulineaux, France, Masson.



- Pine F. (1986). On the development of the “Borderline-child-to-be”. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 450-457.
- Ruutu T., Pelkonen M., Holi M., Karlsson L., Kiviruusu O., Heilä H., Tuisku V., Tuulio-Henriksson A., Marttunen M. (2006). Psychometric Properties of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) in Adolescents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 98-105.
- Sinha B. K., Watson D. C. (2004). Personality disorder clusters and the Defence Style Questionnaire », *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 55-66.
- Spatz Widom C., Czaja S. J., Paris J. (2009). A prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood. *Journal of Personality Disorders*, 23, 433-446.
- Steiner H., Araujo K. B., Koopman C. (2001). The Response Evaluation Measure (REM-71): A new instrument for the measurement of defenses in adults and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 158, 467-473.
- Terradas M. M., Achim J. (2010). Échelles des traits borderline pour les enfants », trad. fr. autorisée par les auteurs du Borderline Personality Features Scale – Children (BPFSC; Crick, Murray-Close, & Woods, 2005). Document inédit. Université de Sherbrooke, Québec.
- Vaillant G. E. (1977). *Adaptation to life*. Canada, Little, Brown & Company.
- van Dijke A., Forde J. D., van Son M., Frank L., van der Hart O. (2013). Association of Childhood-Trauma-by-Primary Caregiver and Affect Dysregulation with Borderline Personality Disorders symptoms in adulthood. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 217-224.
- Weaver T. L., Clum G. A. (1993). Early family environments and traumatic experiences associated with Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1068-1075.

- Weinstein S. R., Meehan K. B., Cain N. M., Ripoll L. H., Boussi A. R., Papouchis N. et al. (2016). Mental state identification, borderline pathology, and the neglected role of childhood trauma. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7, 61-71.
- Winnicott D. W. (1963). The theory of parent and infant relationships. In Buckley, P. (dir.), *Essential papers on object relations* (pp. 71-101). New York, University Press.
- Yasnovsk, J., Araujo K., King M., Mason M., Pavelski R., Shaw R., Steiner H. (2003). Defenses in school-age children: children's versus parents' report. *Child Psychiatry and Human Development*, 33, 307-323.
- Zanarini M. C., Frankenburg, F. R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 11, 93-104.
- Zanarini M. C., Frankenburg F. R., Chauncey D. L., Gunderson, J. G. (1987). The Diagnostic Interview for Personality Disorders: Interrater and test-retest reliability. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 467-480.
- Zanarini M. C., Frankenburg F. R., Reich D. B., Marino M. F., Lewis R. E., Williams A. A., Khera G.S. (2000). Biparental failure in the childhood experience of borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 14, 264-273.
- Zanarini M. C., Gunderson J. G., Marino M. F., Schwartz E. O., Frankenburg F. R. (1989). Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 18-25.
- Zanarini M. C., Williams A. A., Lewis R. E., Reich R. B., Vera S. C., Marino M. F., Frankenburg F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1101-1106.
- Zuckerman M. (1991). *Psychobiology of personality*. New York. Cambridge University Press.

**Tableau 1**

*Définitions des mécanismes de défense souvent associés au TPL ou à la structure de personnalité limite*

Mécanismes de défense	Définition du DSM-IV-TR (APA, 2000)	Définition d'autres auteurs	Exemples de manifestations cliniques
Clivage	L'individu compartimente des états émotionnels opposés, ne pouvant éprouver de façon simultanée des affects ambivalents. Difficulté à intégrer en un tout cohérent les qualités et les défauts de soi ou des autres. Présence d'une alternance entre des positions opposées concernant la perception de soi et des autres (p. ex., exclusivement aimant, puissant, digne, protecteur et bienveillant ou exclusivement mauvais, détestable, destructeur, rejetant et sans valeur).	Compartimentation d'autrui en « tout bon » et « tout mauvais » impliquant un passage abrupt et radical d'une catégorie extrême à l'autre ou d'une modification complète des perceptions et des sentiments face à autrui. <sup>1</sup>  Incapacité à intégrer les qualités et défauts de soi ou de l'autre en une image cohérente qui se manifeste par une perception de soi ou d'autrui comme entièrement bon ou entièrement mauvais. L'autre est alors soit idéalisé, soit déprécié, en alternance. <sup>2</sup>	Changements soudains dans la perception du patient par rapport à lui-même ou au thérapeute. <sup>1</sup>  Réactions contradictoires face au même sujet de discussion que la personne perçoit comme étant séparées. <sup>1</sup>  Augmentation de l'angoisse lorsque les aspects contradictoires de l'image du self ou de l'objet sont soulignés. <sup>1</sup>
Déni	L'individu refuse de reconnaître comme réels certaines expériences ou aspects extérieurs qui entraînent chez lui une souffrance subjective, malgré que ceux-ci soient apparents pour autrui.	Chez les patients TPL, le déni renforcerait le clivage. L'individu prend conscience que ses perceptions, pensées et sentiments face à lui-même ou à l'autre sont opposés à un moment comparativement à ce qu'ils ont déjà été. Toutefois, ce souvenir ne fait pas de sens avec les émotions éprouvées et ne peut modifier ce que la personne ressent maintenant. <sup>1</sup>  Refus de reconnaître certains aspects de la réalité de son expérience, pourtant évidents pour autrui. <sup>2</sup>	Absence complète de réaction affective ou d'intérêt face à un besoin, un danger ou un conflit grave, urgent, qui existe dans la vie du patient. Il en parle de façon calme, voire détachée, en niant les implications émotives associées. <sup>1</sup>  Contradiction entre la situation discutée et la réaction présentée par le patient durant la séance. <sup>1</sup>

*Note. Références citées dans le tableau : <sup>1</sup>O. Kernberg (2004), <sup>2</sup>Perry et al. (2009), <sup>3</sup>Bleiberg (2001).*

**Tableau 1** (suite)*Définitions des mécanismes de défense souvent associés au TPL ou à la structure de personnalité limite*

Mécanismes de défense	Définition du DSM-IV-TR (APA, 2000)	Définition d'autres auteurs	Exemples de manifestations cliniques
Dévalorisation primitive ou dépréciation	L'individu attribue à lui-même ou à l'autre des défauts exagérés.	La dévalorisation est un dérivé du mécanisme de clivage. Elle se manifeste par des représentations dépréciées, affectivement dégradées, de soi ou d'autrui. <sup>1</sup>  Attribution de défauts exagérés à soi ou à autrui. <sup>3</sup>	Se manifeste dans les descriptions que fait le patient de ses proches et de sa relation avec eux. <sup>1</sup>  Critique sévère d'une autre personne accompagnée de dénigrement et d'un manque de reconnaissance de ses aspects positifs.
Formation réactionnelle	L'individu substitue ses comportements, ses pensées ou ses sentiments qu'il juge inacceptables par d'autres qui leur sont diamétralement opposés.	Substitution d'affects, de pensées ou de comportements inacceptables par leurs opposés. <sup>2</sup>	Le patient ne dit pas de mal des autres malgré que ce soit inhérent aux situations qu'il décrit ou encore il décrit ses réactions de façon opposée à la norme. <sup>2</sup>  Au lieu de manifester de l'agressivité face à son frère qui le rend jaloux, un enfant se montre particulièrement aimable.
Idéalisation primitive	L'individu attribue à lui-même ou à l'autre des qualités exagérées.	L'idéalisation est un dérivé du mécanisme de clivage. Elle se manifeste par des images irréalistes, entièrement bonnes ou toutes-puissantes de soi ou de l'autre. <sup>1</sup>  Attribution de qualités exagérées à soi ou à autrui, qui permet de protéger le <i>self</i> contre des sentiments sous-jacents d'impuissance. <sup>2</sup>	Le patient renvoie une image au thérapeute d'une personne idéale, toute-puissante ou divine et lui voue une confiance pas du tout réaliste. Il peut le voir comme un allié contre des objets « tout mauvais ». <sup>1</sup>

Note. Références citées dans le tableau : <sup>1</sup>O. Kernberg (2004), <sup>2</sup>Perry et al. (2009), <sup>3</sup>Bleiberg (2001).

**Tableau 1** (suite)*Définitions des mécanismes de défense souvent associés au TPL ou à la structure de personnalité limite*

Mécanismes de défense	Définition du DSM-IV-TR (APA, 2000)	Définition d'autres auteurs	Exemples de manifestations cliniques
Identification projective	L'individu attribue ses propres sentiments, pensées ou impulsions inacceptables à l'autre de façon erronée. Il demeure conscient de ceux-ci et ne les désavoue entièrement. Il peut arriver que la personne induise véritablement chez l'autre les sentiments dont elle l'affublait, de sorte qu'il peut être difficile d'établir l'origine exacte de l'affect, de la pensée ou de l'impulsion.	Forme primitive du mécanisme de projection. La personne continue de ressentir l'impulsion même si celle-ci a été projetée sur autrui. <sup>1</sup>  L'individu attribue à quelqu'un d'autre une émotion ou une pulsion qu'il éprouve lui-même et trouve inacceptable, comme si cette personne en était réellement à l'origine. L'individu peut admettre que de cet affect ou cette pulsion lui appartient également, mais en tant que réaction au même sentiment ou pulsion chez l'autre. <sup>2</sup>	Le patient peut accuser le clinicien d'avoir une réaction vis-à-vis lui, réaction que le patient tente d'induire chez le clinicien par son comportement. <sup>1</sup>  Le patient décrit une relation interpersonnelle dans laquelle il attribue ses propres sentiments à quelqu'un d'autre, persuadé que l'autre ressent la même chose que lui, puis il agit en conséquence. <sup>2</sup>
Toute-puissance ou omnipotence ou contrôle omnipotent	L'individu agit comme s'il possédait des capacités ou pouvoirs supérieurs à ceux des autres.	La toute-puissance est aussi un dérivé du clivage. Elle se manifeste par des états du <i>moi</i> qui reflètent un <i>self</i> démesuré et grandiose. De plus, elle permet d'éviter l'émergence de parties refoulées de soi ou de l'autre issues des relations d'objet primitives. <sup>1</sup>  L'individu se comporte de façon supérieure aux autres, comme s'il détenait des capacités ou pouvoirs leur étant supérieurs, ce qui le protège contre la perte de l'estime de soi. <sup>2</sup>	Transparaît dans les descriptions que fait le patient de ses proches et de sa relation avec eux. <sup>1</sup>  Le patient agit avec assurance et affiche une attitude de type « Je suis capable de résoudre n'importe quel problème » alors qu'il paraît évident qu'il n'est pas capable de résoudre son propre problème. <sup>2</sup>

Note. Références citées dans le tableau : <sup>1</sup>O. Kernberg (2004), <sup>2</sup>Perry et al. (2009), <sup>3</sup>Bleiberg (2001).

**Tableau 1** (suite)*Définitions des mécanismes de défense souvent associés au TPL ou à la structure de personnalité limite*

Mécanismes de défense	Définition du DSM-IV-TR (APA, 2000)	Définition d'autres auteurs	Exemples de manifestations cliniques
Passage à l'acte	L'individu répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes par des actions plutôt que par des sentiments ou des réflexions. Notons qu'il n'implique pas nécessairement des mauvais comportements, car il exige plutôt que la conduite soit liée au conflit émotionnel.	La personne agit sans réfléchir et sans anticipation des conséquences négatives possibles à son comportement. Donne l'impression d'une perte de contrôle de ses comportements et de ne pas se soucier des conséquences sociales ou personnelles. <sup>2</sup>	Comportements autodestructeurs impulsifs qui surviennent après une déception personnelle. <sup>2</sup>  Le patient se met en colère ou pose des gestes menaçants de façon impulsive envers le clinicien. <sup>2</sup>
Retrait autistique ou rêverie autistique	Face à des difficultés réelles ou perçues dans ses relations interpersonnelles, l'individu favorise une rêverie diurne excessive plutôt que des actions plus efficaces ou une résolution de problème.	Fantaisies excessives qui se substituent aux relations humaines, à des gestes efficaces ou à la recherche de solution. La rêverie devient un moyen pour l'individu d'exprimer ou de satisfaire ses besoins ou envies de relations gratifiantes. <sup>2</sup>	Le patient verbalise faire souvent des rêves éveillés. <sup>2</sup>  Le patient agit comme s'il ne se sentait pas concerné par l'absence de relations interpersonnelles gratifiantes dans sa vie et dit avoir remplacé les relations réelles par des sources de distraction (p. ex., lecture, télévision, vie virtuelle). <sup>2</sup>

Note. Références citées dans le tableau : <sup>1</sup>O. Kernberg (2004), <sup>2</sup>Perry et al. (2009), <sup>3</sup>Bleiberg (2001).

**Tableau 2**

*Traits de personnalité limite : moyennes et écarts-type à l'ÉTPLE des participants à l'étude et d'enfants de la population générale*

Participants à l'étude ( $n = 15$ )								Population générale ( $n = 400$ ) *			
Instabilité affective		Problèmes d'identité		Relations interpersonnelles négatives		Comportements autodestructeurs		Score global		Score global	
$M$	$ÉT$	$M$	$ÉT$	$M$	$ÉT$	$M$	$ÉT$	$M$	$ÉT$	$M_{min} - M_{max}$	$ÉT_{min} - ÉT_{max}$
18,56	4,14	17,57	6,12	14,33	5,45	14,53	4,88	64,99	14,91	55,46 – 59,73	12,34 – 13,14

\* Les données concernant les enfants issus de la population générale proviennent de l'article de validation du BPFS-C (Crick et al., 2005).

**Tableau 3**

*Mécanismes de défense : moyennes et corrélations entre les versions complétées par l'enfant et un tiers du REM des participants à l'étude et d'un échantillon issu de la population générale*

	Facteur 1 – Mécanismes de défense immatures						Facteur 2 – Mécanismes de défense matures					
	Score global		Nature interpersonnelle		Nature intrapersonnelle		Score global		Nature interpersonnelle		Nature intrapersonnelle	
<b>Résultats moyens des enfants (n = 15) et des éducateurs de suivi participant à la présente étude</b>												
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
Perspective de l'enfant ( <i>REM-Y-71 et REM-Y-22</i> )	4,48	1,55	5,03	1,81	4,07	1,72	4,91	1,64	5,63	1,89	3,95	1,73
Perspective de l'éducateur ( <i>REM-P-71</i> )	4,04	0,74	5,18	0,95	3,19	0,82	3,22	0,91	3,60	0,97	2,70	1,01
	<i>r</i>		<i>r</i>		<i>r</i>		<i>r</i>		<i>r</i>		<i>r</i>	
Corrélation entre les versions	0,67** <i>a</i>		0,16 <i>c</i>		0,65** <i>a</i>		0,28 <i>c</i>		0,51* <i>a</i>		0,02 <i>c</i>	
<b>Résultats moyens des enfants (n = 34) et de leurs mères (n = 34) issus de la population générale (Yasnovsky et al., 2003)</b>												
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
Perspective de l'enfant ( <i>REM-Y-71 et REM-Y-22</i> )	4,00	1,06	4,42	1,26	3,64	1,07	5,34	0,93	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>
Perspective du parent ( <i>REM-P-71</i> )	3,53	0,97	4,10	1,26	3,04	0,91	4,61	0,97	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>
	<i>r</i>		<i>r</i>		<i>r</i>		<i>r</i>		<i>r</i>		<i>r</i>	
Corrélation entre les versions	0,36* <i>b</i>		0,40* <i>b</i>		0,30 <i>b</i>		0,03 <i>c</i>					

\*  $p < 0,05$  ; \*\*  $p < 0,01$ . Tailles de l'effet : <sup>a</sup> relations fortes ( $r = 0,50$  et plus) ; <sup>b</sup> relations modérées ou moyenne ( $r = 0,30$  à  $0,49$ ) ; <sup>c</sup> relations faibles ( $r < 0,30$ ).

N.D. Ces données ne sont pas disponibles dans l'article de Yasnovsky et ses collègues (2003).



**Tableau 4**

*Corrélations entre les traits de personnalité limite et les mécanismes de défense selon la perspective des intervenants*

	Mécanismes de défense immatures			Mécanismes de défense matures		
	Score global	Nature interpersonnelle	Nature intrapersonnelle	Score global	Nature interpersonnelle	Nature intrapersonnelle
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
<b>ÉTPLE</b>						
Instabilité affective	- 0,35 <sup>b</sup>	- 0,12 <sup>c</sup>	- 0,44* <sup>b</sup>	0,31 <sup>b</sup>	0,18 <sup>c</sup>	0,42 <sup>b</sup>
Problèmes identitaires	0,03 <sup>c</sup>	- 0,01 <sup>c</sup>	0,06 <sup>c</sup>	- 0,04 <sup>c</sup>	- 0,18 <sup>c</sup>	0,15 <sup>c</sup>
Relations interpersonnelles négatives	0,12 <sup>c</sup>	- 0,21 <sup>c</sup>	0,36 <sup>b</sup>	- 0,47* <sup>b</sup>	- 0,47* <sup>b</sup>	- 0,39 <sup>b</sup>
Comportements autodestructeurs	- 0,12 <sup>c</sup>	- 0,34 <sup>b</sup>	0,11 <sup>c</sup>	- 0,15 <sup>c</sup>	- 0,08 <sup>c</sup>	- 0,21 <sup>c</sup>
Score global	- 0,08 <sup>c</sup>	- 0,23 <sup>c</sup>	0,07 <sup>c</sup>	- 0,15 <sup>c</sup>	- 0,22 <sup>c</sup>	- 0,03 <sup>c</sup>

\*  $p < 0,05$ . Tailles de l'effet : <sup>a</sup> relations fortes ( $r = 0,50$  et plus) ; <sup>b</sup> relations modérées ou moyenne ( $r = 0,30$  à  $0,49$ ) ; <sup>c</sup> relations faibles ( $r < 0,30$ ).

**Tableau 5**

*Corrélations entre les traits de personnalité limite et les mécanismes de défense selon la perspective des enfants*

	Mécanismes de défense immatures			Mécanismes de défense matures		
	Score global	Nature interpersonnelle	Nature intrapersonnelle	Score global	Nature interpersonnelle	Nature intrapersonnelle
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
<b>ÉTPLE</b>						
Instabilité affective	- 0,06 <sup>c</sup>	0,11 <sup>c</sup>	- 0,17 <sup>c</sup>	- 0,47* <sup>b</sup>	- 0,42 <sup>b</sup>	- 0,43 <sup>b</sup>
Problèmes identitaires	0,14 <sup>c</sup>	0,18 <sup>c</sup>	0,09 <sup>c</sup>	- 0,35 <sup>b</sup>	- 0,37 <sup>b</sup>	- 0,25 <sup>c</sup>
Relations interpersonnelles négatives	0,15 <sup>c</sup>	0,21 <sup>c</sup>	0,07 <sup>c</sup>	- 0,35 <sup>b</sup>	- 0,44 <sup>b</sup>	- 0,13 <sup>c</sup>
Comportements autodestructeurs	0,15 <sup>c</sup>	0,22 <sup>c</sup>	0,07 <sup>c</sup>	- 0,28 <sup>c</sup>	- 0,35 <sup>b</sup>	- 0,11 <sup>c</sup>
Score global	0,15 <sup>c</sup>	0,25 <sup>c</sup>	0,03 <sup>c</sup>	- 0,50* <sup>a</sup>	- 0,55* <sup>a</sup>	- 0,31 <sup>b</sup>

\*  $p < 0,05$ . Tailles de l'effet : <sup>a</sup> relations fortes ( $r = 0,50$  et plus) ; <sup>b</sup> relations modérées ou moyenne ( $r = 0,30$  à  $0,49$ ) ; <sup>c</sup> relations faibles ( $r < 0,30$ ).

**Tableau 6**

*Variables prédictives des traits de personnalité limite selon la perception de l'enfant*

	Sous-échelles de l'ÉTPLE									
	Instabilité affective		Problèmes d'identité		Relations interpersonnelles négatives		Comportements autodestructeurs		Score global	
	$\Delta R^2$	$\Delta F$	$\Delta R^2$	$\Delta F$	$\Delta R^2$	$\Delta F$	$\Delta R^2$	$\Delta F$	$\Delta R^2$	$\Delta F$
<b>Modèle</b>	0,36	3,30	0,41	4,09*	0,40	4,04*	0,30	2,60	0,70	13,74**
Facteur 1, Facteur 2	$\beta$		$\beta$		$\beta$		$\beta$		$\beta$	
<b>Facteur 1 :</b>	0,50		0,73*		0,73*		0,65		0,92**	
Mécanismes de défense immatures										
<b>Facteur 2 :</b>	- 0,81*		- 0,85*		- 0,85*		- 0,73*		- 1,13***	
Mécanismes de défense matures										

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

### **Introduction au deuxième article**

Dans le premier article, les liens entre les traits de personnalité limite et les mécanismes de défense ont été étudiés. Les résultats de la recherche, bien que modestes, démontrent que plus les enfants ont recours à des mécanismes de défense immatures, plus ils présentent des traits de personnalité associés au TPL (c.-à-d., score élevé à l'ÉTPLE). À l'inverse, les enfants qui ont tendance à utiliser davantage des mécanismes de défense matures manifestent des traits de personnalité limite de manière moins fréquente et intense. Également, le recours aux mécanismes de défense, tel que constaté par les enfants eux-mêmes, permet de prédire significativement l'intensité à laquelle s'expriment les traits de personnalité limite chez les participants. L'étude appuie l'importance d'approfondir l'examen des relations entre ces deux variables, puisque des liens significatifs entre elles ont été trouvés. L'évaluation des mécanismes de défense chez les enfants, en tant que facteur de risque associé au développement de traits de personnalité limite, permettrait d'orienter les interventions auprès de la clientèle à risque de présenter ce type de traits.

Cependant, malgré les efforts réalisés par certains auteurs (p. ex., Araujo et al., 2006 ; Steiner et al., 2001 ; Yasnovsky et al., 2003) afin d'opérationnaliser les définitions des mécanismes de défense dans le but d'en rendre l'identification possible à partir de comportements observables chez l'enfant (p. ex., évaluation à l'aide de questionnaires), ils demeurent complexes à identifier et à évaluer, notamment en raison de la nature inconsciente et diversifiée de ces mécanismes (Andrews et al., 1993 ; Bonsack et al., 1998 ; Laplanche & Pontalis, 2007). De plus, aucun consensus n'existe

actuellement dans la documentation scientifique concernant le nombre et les définitions des mécanismes de défense (Chabrol, 2005). En effet, la première étude révèle des divergences entre la perception des éducateurs de suivi et celle des enfants concernant le recours aux mécanismes de défense matures et immatures. Les éducateurs tendent globalement à rapporter des scores plus faibles concernant l'utilisation des divers mécanismes de défense mesurés. Ces différences ont également des impacts sur les résultats des analyses statistiques appliquées aux relations entre les mécanismes de défense et les traits de personnalité associés au TPL.

Dans un effort de fournir aux thérapeutes qui œuvrent en clinique infantile des outils plus adaptés à leur pratique, le second article s'intéresse à l'analyse du jeu libre de l'enfant. Notamment, cet article s'attarde à différents indices cliniques associés à la pathologie limite, tels que le vécu traumatique, la capacité à réguler les affects et l'utilisation de mécanismes de défense, observables dans un segment de jeu libre. Plus précisément, il vise à vérifier les relations d'association entre les traits de personnalité limite et le jeu traumatique, les thèmes de jeu mis en scène, la capacité de régulation affective et les mécanismes de défense.

Le jeu est un outil répandu en contexte de psychothérapie auprès des enfants d'âge scolaire. Il constitue un mode créatif d'expression des enjeux intrapsychiques et relationnels de l'enfant (Anzieu & Daymas, 2007). Il lui permet d'acquérir les bases nécessaires au développement de ses habiletés cognitives (Chazan, 2002), de la

communication interpersonnelle (Anzieu & Daymas, 2007), de la capacité à résoudre les problèmes ou les conflits (Anzieu & Daymas, 2007 ; Chazan, 2002 ; Ferro, 2003), de même que de la régulation des émotions (Anzieu & Daymas, 2007 ; Winnicott, 1939/1975). Le thérapeute qui œuvre en clinique infantile peut repérer différents indices à travers le jeu libre de l'enfant concernant notamment son organisation psychique, son niveau de développement, ainsi que ses états mentaux (Chazan, 2002).

Plusieurs auteurs mentionnent qu'un vécu traumatique en bas âge constitue un facteur de risque d'évoluer vers un TPL à l'âge adulte (p. ex., Elices et al., 2015 ; Pine, 1986 ; Spatz Widom, Czaja, & Paris, 2009 ; Weinstein et al., 2016). La négligence, les abus physiques ou sexuels, la maltraitance, ainsi que le manque de protection de la part des figures d'attachement sont tous des exemples de traumatismes auxquels peuvent être confrontés les enfants (DiMascio, 2001). En clinique infantile, il est possible de repérer des indices associés aux antécédents traumatiques dans le jeu libre de l'enfant, que les auteurs nomment le *jeu traumatique* (Chazan, 2002 ; Romano, 2010; Terr, 1990). Par exemple, une incapacité à élaborer un scénario ou à utiliser le matériel de jeu de façon créative, ou encore une mise en scène répétitive de thèmes de jeu à caractère traumatique n'atteignant pas de résolution (fin), sont des indicateurs de détresse chez l'enfant pouvant être liés à une exposition à un événement traumatique au cours de son développement (Chazan, 2002).

D'un autre côté, la symptomatologie du TPL chez l'adulte comprend différents indices de défaillance de la capacité de régulation affective, par exemple, une réactivité et une labilité de l'humeur, des réactions émotionnelles intenses, des symptômes anxieux face à l'incertitude ou la perte de contrôle de soi et de ses comportements (APA, 2015). Allen (2005) définit la régulation affective comme la capacité de l'individu à évaluer, contrôler et ajuster ses réponses émotionnelles (c.-à-d., les comportements qui suivent une expérience affective). Plusieurs études ont également démontré l'existence d'une corrélation entre les symptômes associés au TPL et les difficultés au niveau de la régulation émotionnelle (Bijttebier & Vertommen, 1999 ; Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez, & Gunderson, 2006 ; Leible & Snell, 2004). Emmanuelli et Azoulay (2012) suggèrent qu'un enfant qui est confronté à l'absence physique (p. ex., abandon, séparations multiples) ou psychique (p. ex., manque de disponibilité affective, dépression du parent) de la principale figure d'attachement sera aux prises avec des carences affectives qui surpassent ses capacités adaptatives et entraînent des conséquences importantes au niveau du développement de sa capacité à gérer les émotions. Ces sentiments de vide et d'angoisse persistants seraient à la base de la genèse des traits de personnalité limite. Dans le jeu, les difficultés à réguler les émotions se manifesteraient notamment par de l'inhibition ou des débordements affectifs (Allen, 2005).

Les relations entre les traits de personnalité limite et le recours aux mécanismes de défense seront à nouveau examinées, cette fois-ci à partir de l'analyse du jeu libre de l'enfant. Les individus adultes qui présentent un TPL auraient recours de façon



privilegiée et inadaptée à des mécanismes de défense immatures ou de bas niveau (Bond et al., 1994 ; Cramer, 1999 ; O. Kernberg, 2004). Les stratégies défensives privilégiées par l'enfant peuvent être repérées à partir des manifestations comportementales et affectives de l'enfant dans le jeu (Chazan, 2002). Par exemple, le clivage, un mécanisme de défense souvent associé au TPL (p. ex., Bleiberg, 2001 ; O. Kernberg, 2004 ; Perry et al., 2009), est identifié dans le jeu libre de l'enfant lorsque deux aspects contradictoires de *soi* ou de *l'autre* sont séparés et déconnectés sans que l'enfant n'apparaisse préoccupé ou conscient de cette contradiction (Chazan, 2004).

Les traits de personnalité présentés par les enfants de l'échantillon ont été évalués à l'aide de l'*Échelle de traits de personnalité limite pour enfants* (Terradas & Achim, 2010), traduction française du *Borderline Personality Features Scale for Children* (Crick et al., 2005). L'analyse du jeu libre a été effectuée à partir de certaines échelles issues du *Children's Play Therapy Instrument* (Kernberg et al., 1998), soit la segmentation des activités de jeu, la présence ou l'absence de jeu traumatique, les thèmes de jeu mis en scène par l'enfant, la capacité de régulation et de modulation affective, ainsi que les différents mécanismes de défense utilisés par l'enfant. Une sous-échelle a été créée afin de qualifier le jeu traumatique présenté par l'enfant, à partir des écrits de Romano (2010). L'auteure propose de distinguer trois types de jeux dits post-traumatiques, soit le jeu *traumatique*, le jeu *abréactif* et la *reconstitution par le jeu*, selon l'intensité de la souffrance exprimée par l'enfant, le manque de plaisir associé au

jeu et les réactions provoquées chez le clinicien (c.-à-d., déliaison des interactions intersubjectives avec le psychothérapeute).

### **Contribution de l'auteur**

Les résultats de cette étude sont présentés dans le second article, accepté par le comité de rédaction de la *Revue de psychoéducation* en septembre 2017. L'article est présenté dans le format sous lequel il a été soumis à la revue. Cette version tient compte des suggestions des évaluateurs de la thèse ainsi que des évaluateurs de la revue. Voici la référence de l'article :

Lepage-Voyer, C., Terradas, M. M., Chazan, S., Laverdière, O. & Paquette, M. (2018).

Traits de personnalité limite, jeu traumatique, mécanismes de défense et régulation des affects chez les enfants victimes de mauvais traitements : étude préliminaire. Manuscrit soumis pour publication.

**Deuxième article**

Traits de personnalité limite, jeu traumatique, mécanismes de défense et régulation des affects chez les enfants victimes de mauvais traitements : étude préliminaire

Traits de personnalité limite, jeu traumatique, mécanismes de défense et régulation des affects chez les enfants victimes de mauvais traitements : étude préliminaire

Cécilanne Lepage-Voyer<sup>7</sup>

Miguel M. Terradas<sup>2</sup>

Saralea E. Chazan<sup>3</sup>

Olivier Laverdière<sup>2</sup>

Mélissa Paquette<sup>1</sup>

Toute correspondance concernant l'article doit être adressée à :

Cécilanne Lepage-Voyer, B.A.

Candidate à la profession de psychologue

CAP Services Psychologiques

1170 boulevard Lebourgneuf, suite 402, Québec (Québec), G2K 2E3

Téléphone : 418-623-8575 poste 360

Télécopieur : 418-623-7951

Email : cecilanne.lepage-voyer@lecapsp.com

---

<sup>7</sup> Étudiantes au doctorat en psychologie, cheminement Intervention en enfance et en adolescence, Université de Sherbrooke, Québec, Canada.

<sup>2</sup> Psychologues, professeurs, Département de psychologie, Université de Sherbrooke.

<sup>3</sup> Psychologue, chercheuse associée au Pacella Center, au New York Psychoanalytic Institute et chercheuse invitée au New York University et à la Steinhardt School of Education and Culture.

Traits de personnalité limite, jeu traumatique, mécanismes de défense et régulation des affects chez les enfants victimes de mauvais traitements : étude préliminaire

### Résumé

Le manque de disponibilité affective du parent et l'imprévisibilité des réponses qu'il donne aux besoins de l'enfant entraînent des conséquences importantes sur le développement de la capacité à gérer les émotions et sur la maturation des mécanismes de défense chez ce dernier. Les enfants exposés à des traumatismes au sein de la relation parent-enfant seraient plus à risque de développer des traits de personnalité limite. La présente étude, de nature exploratoire, vise à identifier des traits et des caractéristiques pouvant être liés à la personnalité limite et être observés dans un segment de jeu libre. L'échantillon est composé de 15 enfants d'âge scolaire, ayant été exposés à des événements potentiellement traumatiques dans leur milieu familial d'origine et qui sont pris en charge par la protection de l'enfance. Les enfants ont rempli l'Échelle de traits de personnalité limite (ÉTPLE) et ont participé à une période de jeu libre de 30 minutes. Le segment de jeu a été analysé à l'aide du *Children's Play Therapy Instrument* (CPTI). Un portrait descriptif des caractéristiques de l'échantillon est dressé et les relations unissant les traits de personnalité limite, les mécanismes de défense, la régulation des affects et les caractéristiques du jeu sont explorées à l'aide d'analyses de corrélation. La majorité des participants manifestent des indices de jeu traumatique, d'utilisation de mécanismes de défense immatures et de régulation rigide des affects dans leur jeu libre. Enfin, le type de mécanismes de défense utilisé apparaît lié à la capacité à réguler les affects.

*Mots-clés* : traits de personnalité limite, trauma, jeu libre, mécanismes de défense, régulation des affects, enfant

## **Introduction**

Le trouble de personnalité limite (TPL) se manifeste notamment par des réactions émotives intenses, des comportements impulsifs, un sens de l'identité diffus et fragile, ainsi que des relations interpersonnelles instables (American Psychiatric Association; APA 2015).

Les professionnels de la santé mentale au Canada et aux États-Unis basent leurs diagnostics psychiatriques sur les critères établis par la cinquième version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5 ; APA, 2015). Plusieurs cliniciens éprouvent un malaise face au diagnostic du TPL chez l'enfant en raison du risque de stigmatisation y étant associé en cas d'erreur (Hinshaw et Cicchetti, 2000). Ceci explique possiblement pourquoi l'approche nosographique prévalant actuellement n'en permet le diagnostic avant l'âge de 18 ans que chez les adolescents qui en présentent les caractéristiques cliniques depuis plus d'un an et qui manifestent une altération significative de leur fonctionnement (APA, 2015). Pourtant, des auteurs suggèrent que les symptômes du trouble limite se manifestent dès l'enfance (p. ex., Crick, Murray-Close et Woods, 2005 ; Emmanuelli et Azoulay, 2012 ; P. Kernberg, Weiner et Bardenstein, 2000 ; Pine, 1986) et qu'un dépistage précoce permettrait d'offrir des soins plus adaptés aux besoins des individus à risque, ainsi que d'atténuer les impacts sur leur fonctionnement à l'âge adulte (p. ex., P. Kernberg, 1990 ; Lingardi et McWilliams, 2017). Il apparaît donc important de mieux comprendre la trajectoire

développementale du TPL. L'un des obstacles à l'enrichissement du savoir dans ce domaine provient de la controverse entourant le diagnostic du TPL chez l'enfant. L'approche nosographique adoptée par les auteurs et les chercheurs semble au cœur de ce débat.

### **Contexte théorique**

**Compréhension théorique de la pathologie limite chez l'enfant.** La pathologie limite ne peut être comprise de la même façon chez l'enfant et chez l'adulte (Emmanuelli et Azoulay, 2012). La personnalité se développe durant l'enfance jusqu'à l'atteinte d'une certaine maturité à l'âge adulte (APA, 2015). Les théories et les recherches actuelles qui se penchent sur la question des personnalités pathologiques durant l'enfance préconisent généralement l'utilisation d'une approche dimensionnelle. Cette approche propose d'identifier un ensemble de traits de personnalité pour lesquels le degré de gravité est évalué sur un continuum (Crick et al., 2005). À l'inverse, une approche catégorielle, similaire à celle du DSM-5 (APA, 2015), correspond à un système de classification basé sur la présence ou l'absence de critères jusqu'à l'atteinte d'un nombre minimum permettant de poser un diagnostic. Ainsi, plutôt que de déterminer l'appartenance à une catégorie diagnostique (trouble), le clinicien qui adopte une approche dimensionnelle reconnaît la présence et l'intensité d'une constellation de symptômes (traits). Emmanuelli et Azoulay suggèrent que cette approche permet davantage de traduire la complexité du profil psychologique de l'individu et s'avère moins réductrice, en plus de diminuer les risques de stigmatisation associés au diagnostic catégoriel.



La Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA ; Misès et al., 2012) suggère certains indices cliniques qui s'apparentent à la pathologie limite chez l'enfant. Le principal enjeu concernerait la crainte d'être abandonné par le parent. S'appuyant sur la théorie des relations d'objet, les auteurs de la CFTMEA expliquent que l'enfant, qui est régulièrement confronté à des frustrations dans le contexte de la relation avec sa principale figure de soins, est aux prises avec des mouvements psychiques d'agressivité envers celle-ci. Puisque les limites entre soi et l'autre ne sont pas encore bien établies chez le tout petit et que son fonctionnement psychique est caractérisé par l'omnipotence de la pensée, l'enfant craint que la mère soit détruite *dans la réalité* par cette agressivité et, de ce fait, qu'elle en vienne à l'abandonner. L'enfant se retrouve coincé dans un mécanisme de clivage alors qu'il cherche inconsciemment des explications possibles à ce potentiel abandon. Dans ce contexte, soit la mère est perçue comme une menace (*mauvais objet*), soit l'enfant retourne son agressivité contre lui-même et se perçoit comme une mauvaise personne qui mérite d'être abandonnée par la mère (*bon objet*). L'angoisse d'abandon met en péril l'intégrité du Moi de l'enfant (Emmanuelli et Azoulay, 2012). Ces enjeux psychiques se manifesteraient dans le comportement par de l'agitation, de l'hyperactivité et de l'agressivité (Frederico, Jackson et Black, 2008), ce qui correspondrait à des mécanismes de défense *maniaques* qui protègent l'enfant des éléments dépressifs suscités par l'angoisse d'abandon (Emmanuelli et Azoulay, 2012). En d'autres termes, l'enfant s'agite pour pallier à un sentiment de solitude ou de vide.

### **La relation parent-enfant et le développement de traits de personnalité**

**limite.** Selon plusieurs auteurs, la genèse de la pathologie limite se situe dans une interaction entre la composante génétique (apport biologique) et la composante environnementale. Cette dernière concerne principalement la relation entre l'enfant et sa principale figure de soins. Notamment, des ruptures dans le lien d'attachement parent-enfant (p. ex., abandon, séparation, rejet), que celles-ci soient physiques ou psychiques (Allen, 2005; DiMascio, 2001), ou encore un milieu familial instable et chaotique (Pine, 1986), seraient liés à un risque accru de présenter des traits de personnalité limite à l'âge adulte. Dans ces contextes, le tout-petit serait confronté à un manque de disponibilité affective de son parent, de façon épisodique ou chronique, soit en raison d'une psychopathologie (p. ex., une dépression chez le parent) ou d'une capacité de mentalisation<sup>8</sup> défaillante, et il obtiendrait ainsi des réponses imprévisibles et partiellement ou entièrement insatisfaisantes à ses besoins fondamentaux (Emmanueli et Azoulay, 2012). Il en résulte un sentiment persistant d'insécurité et des carences affectives (Pine, 1986). Par conséquent, l'enfant ne peut se sentir suffisamment en confiance dans la relation avec son parent pour développer un patron d'attachement sain. Une personne qui a développé un lien d'attachement insécurisé démontrera de la détresse lorsqu'elle sera confrontée à la possibilité de se séparer ou d'être rejetée par l'autre (Allen, 2005), occasionnant une crainte de l'abandon réel ou anticipé (Nevid, Rathus et Greene, 2011). Puisque le tout-petit ne peut ressentir les émotions autrement

---

<sup>8</sup> Fonagy et Target (2000) définissent la capacité de mentalisation comme l'intégration de la réalité interne et externe de l'individu, de sorte qu'il est conscient que l'autre est habité par des états mentaux (p. ex., affects, pensées, intentions) qui peuvent différer des siens, et que ceux-ci, tout comme ses propres états mentaux, sont influencés par la réalité externe sans en être le reflet exact. Cette capacité permettrait au parent de faire preuve d'un investissement psychique constant auprès de son enfant.

que dans l'instant présent, il se retrouverait submergé par cette angoisse et craindrait de ne jamais pouvoir sortir de cet état de souffrance (Debray et Nollet, 2011).

L'absence physique ou psychique de la figure de soins entraînerait des conséquences chez l'enfant sur le plan de la gestion des émotions, de la maturation des mécanismes de défense et de l'estime de soi (Pine, 1986). Ainsi, lorsque les réponses données par les parents sont inconstantes et imprévisibles, l'enfant se trouve dans l'incapacité d'intégrer un patron interne de satisfaction de ses besoins, ce qui entrave le processus de maturation des mécanismes de défense. Ces derniers correspondent aux moyens utilisés par l'individu pour composer avec les facteurs de stress et les conflits intrapsychiques (Di Giuseppe, Perry, Petraglia, Janzen et Lingiardi, 2014). Dans le contexte d'une relation parent-enfant imprévisible, l'utilisation de défenses immatures, permet la survie psychique de l'enfant (Pine, 1986) et lui évite de développer des symptômes dépressifs. Néanmoins, bien que partiellement efficace, le recours à ces défenses nuit au développement de la capacité de mentalisation et des processus d'introspection (Emmanuelli et Azoulay, 2012). Une utilisation rigide ou inadaptée de mécanismes de défense immatures, tels que le clivage, l'identification projective, le passage à l'acte ou, encore, l'idéalisation ou la dévalorisation de soi et des autres, serait associée à l'émergence de traits de personnalité limite chez l'enfant (P. Kernberg et al., 2000 ; Pine, 1986).

En résumé, l'organisation psychique de la personne qui présente des traits de personnalité limite semble se construire autour d'une angoisse de perte de l'objet (abandon), d'un sentiment d'insécurité interne persistant et de carences affectives. Il est postulé que l'individu met à l'épreuve son entourage afin de calmer ses angoisses d'abandon, en testant leur engagement envers lui. Toutefois, ce comportement peut éventuellement susciter le rejet qu'il redoute. L'individu peut alors présenter des réactions émotives démesurées et de la détresse face à ces abandons, qu'ils soient réels ou anticipés, et avoir recours à des modalités défensives comme le passage à l'acte (Nevid et al., 2011), ou encore adopter des comportements autodestructeurs ou addictifs qui lui sont dommageables (p. ex., dépenses, toxicomanie, conduite automobile dangereuse) (APA, 2015). Selon Becker, Grilo, Edell et McGlashan (2002), la peur de l'abandon chez l'adolescent serait l'indice ayant la plus grande valeur prédictive d'un diagnostic de TPL posé à l'âge adulte.

### **Évènements potentiellement traumatiques et traits de personnalité limite.**

Plusieurs théoriciens et chercheurs considèrent que l'exposition à des évènements potentiellement traumatiques (p. ex., abus sexuel ou physique, négligence, maltraitance) au sein de la relation d'attachement constitue un facteur de risque à présenter des traits de personnalité limite à l'âge adulte (Bradley, Conklin et Westen, 2005 ; DiMascio, 2001 ; Herman, Perry et van der Kolk, 1989 ; P. Kernberg, 1990 ; Paris, 2000), surtout lorsqu'ils sont vécus à répétition (Weaver et Clum, 1993). Zanarini et ses collègues (2000), suggèrent la notion d'*échec biparental* (*biparental failure*) pour faire référence

aux antécédents d'abus (p. ex., émotionnel, verbal ou physique) et de négligence (p. ex., manque de protection, indisponibilité affective, imprévisibilité des soins, négligence physique) vécus simultanément dans la relation avec les deux parents. Selon une étude réalisée par ces chercheurs, 83,6 % des adultes hospitalisés en psychiatrie qui présentent un TPL ( $n = 358$ ) reconnaissent avoir vécu *l'échec biparental* durant l'enfance. Par ailleurs, l'évènement traumatique aurait des impacts plus importants sur le développement psychique de l'enfant lorsqu'il s'inscrit dans la relation avec le parent (Allen, 2005). En fait, le soutien que l'enfant obtient auprès de son entourage lui permettrait de déployer les capacités essentielles pour réguler sa détresse (Allen, 2005) et serait un facteur déterminant de sa rémission (Romano, Baubet, Moro et Sturm, 2008). Ce soutien est cependant moins disponible dans le contexte où l'évènement traumatique est vécu dans le milieu familial (Romano et al., 2008).

Les modèles théoriques soulèvent donc différents facteurs de risque et symptômes cliniques indicateurs de la personnalité limite en bas âge. Il apparaît pertinent de déterminer de façon empirique quels sont les traits de personnalité présents chez les enfants qui peuvent être associés au TPL, tel qu'il se manifeste à l'âge adulte. Afin de fournir aux cliniciens des outils de dépistage adaptés à leur pratique, il serait intéressant d'identifier des indices observables à travers le jeu libre, un moyen privilégié par les enfants pour s'exprimer et communiquer.

**Le jeu en contexte de psychothérapie.** Le jeu constitue un mode créatif d'expression de soi, ainsi que des enjeux intrapsychiques et relationnels chez l'enfant. Il permet aux enfants de faire les apprentissages nécessaires aux prémices de la communication interpersonnelle (Anzieu et Daymas, 2007) et favorise le développement des habiletés cognitives et sociales (Chazan, 2002). Selon certains auteurs, le jeu serait le principal moyen dont l'enfant dispose pour exprimer les représentations de son monde interne et externe (Alvarez et Phillips, 1998; Chazan, 2002; Chethik, 2000; Target et Fonagy, 1996). Il constitue un espace transitionnel où l'enfant peut se permettre d'exprimer, dans un contexte moins menaçant que dans la vie réelle, les émotions auxquelles il est confronté dans son quotidien (Winnicott, 1971/1996), ou encore, où il peut mettre en scène différents scénarios et faire l'expérience des émotions qui y sont associées (Ferro, 2003). De cette façon, il peut se réapproprier un certain sentiment de contrôle sur la situation vécue et envisager différentes pistes de solution possibles de façon symbolique (Chazan, 2002). Le jeu offre donc à l'enfant la possibilité d'élaborer ses conflits intrapsychiques de façon à les résoudre (Anzieu et Daymas, 2007 ; Ferro, 2003), de même que d'exprimer ses pulsions agressives dans un espace sécuritaire et fantaisiste sans crainte de représailles de l'environnement (Winnicott, 1939/1975). La symbolisation des angoisses et des pulsions dans le jeu libérerait l'enfant de la pression interne associée, ce qui favoriserait le développement progressif de la capacité à réguler les émotions (Anzieu et al., 2007 ; Winnicott, 1939/1975).

Selon Schore (2001), le niveau de jeu de l'enfant peut être représenté sur un continuum. La capacité à jouer, associée au développement *normal* de l'enfant, serait située à l'un des extrêmes du continuum, alors que l'incapacité à jouer, liée au développement pathologique de l'enfant, serait située à l'extrême opposé. Au sein d'un développement typique, le jeu correspond à un espace sécuritaire où l'enfant peut *déposer* les émotions dont l'intensité surpasse ses propres capacités d'adaptation, exprimer ses enjeux affectifs et explorer des pistes de solutions potentielles à ses conflits intrapsychiques ou relationnels. Ainsi, le psychothérapeute peut observer des similitudes entre le jeu et la réalité externe de l'enfant. Il peut également identifier une certaine richesse et une réciprocité dans les interactions entre les différents personnages mis en scène. Inversement, au sein d'un développement pathologique, l'incapacité à jouer chez l'enfant se manifeste par une indécision face au jeu, une incapacité à élaborer un scénario créatif et de la difficulté à utiliser le matériel de façon symbolique (faire semblant). À mi-chemin sur le continuum se trouvent les enfants qui présentent une pauvre capacité de symbolisation à travers le jeu et qui mettent en scène un jeu simple, désorganisé ou répétitif (Schore, 2001). L'incapacité à jouer de l'enfant peut être temporaire ou permanente et constituerait une indication de détresse ou de psychopathologie. Notamment, il peut s'agir d'un indice d'exposition à un événement traumatique au cours du développement (Chazan, 2002).

**Jeu traumatique.** Un trauma est un événement potentiellement dommageable pour l'organisation psychique au sens où il surpasse les capacités internes de l'individu,

qui ne peut y répondre efficacement (Laplanche et Pontalis, 2007), ni l'élaborer à un niveau symbolique (Bleiberg, 2001 ; Michel et Purper-Ouakil, 2006). La négligence, l'abus physique ou sexuel, la maltraitance, l'abandon, ainsi que le manque de protection de la part des figures de soins sont des exemples d'événements potentiellement traumatiques qui peuvent être vécus en bas âge (DiMascio, 2001). Plus les événements potentiellement traumatiques expérimentés par l'enfant sont graves, plus les émotions inhérentes seront accablantes, envahissantes et intenses (Chazan, 2002), voire potentiellement destructrices (Allen, 2005). Le jeu serait une opportunité pour l'enfant de réviser son expérience traumatique et de s'approprier un certain sentiment de contrôle sur l'événement, pour éventuellement arriver à en transformer ou en maîtriser les effets. L'analyse du jeu de l'enfant en psychothérapie peut permettre aux professionnels de la santé mentale de repérer des indices d'un potentiel passé traumatique (Chazan, 2002).

Plusieurs définitions du jeu traumatique convergent en ce sens où les auteurs suggèrent qu'un enfant qui a expérimenté un trauma le remettra en scène de façon rigide et répétitive dans ses activités ludiques (Chazan, 2004 ; Romano, 2010 ; Terr, 1990). Terr fut la première auteure à définir le jeu traumatique. Elle décrit ce type de jeu comme étant une répétition compulsive et manifeste de l'événement traumatique ou des thèmes qui y sont reliés. Ce type de jeu peut se présenter chez les enfants qui ont vécu un événement traumatique de façon isolée (c.-à-d., de type I : facteur de stress unique, inattendu et limité dans le temps, vécu par plusieurs individus) ou répétée (c.-à-d., de type II : plusieurs facteurs de stress vécus de façon répétée par un seul individu). Afin de



permettre aux psychothérapeutes d'enfants de repérer le jeu traumatique à partir d'observations cliniques, Chazan le définit comme une répétition dans le jeu de thèmes spécifiques, qui s'accompagne d'affects intenses d'anxiété, de tension, de désespoir ou de tristesse et qui demeure soit sans résolution ou prend fin de façon abrupte ou catastrophique.

Romano (2010) rapporte trois critères permettant de distinguer le jeu traumatique, soit l'intensité de la souffrance psychique exprimée par l'enfant, le manque de plaisir associé à l'activité ludique et la déliaison des interactions intersubjectives avec le psychothérapeute. Ce dernier critère correspond à une réaction provoquée chez le clinicien par la pétrification émotionnelle de l'enfant qui peut s'exprimer de différentes façons (p. ex., altération de la capacité à penser, expression d'une sorte de fascination ou d'un déni catégorique à l'égard de ce qui est observé dans le jeu de l'enfant). Il serait possible de distinguer trois types de jeux dits post-traumatiques selon Romano. Le premier, que l'auteure nomme *jeu traumatique*, correspond à une mise en scène littérale et répétitive, voire compulsive, de l'expérience traumatique vécue par l'enfant. Ce dernier n'arriverait pas à apaiser sa détresse et demeurerait coincé dans cet événement, ne pouvant pas s'en libérer. Le deuxième type correspond au *jeu abréactif* dans lequel l'enfant arrive à élaborer un jeu, le faire évoluer et inventer une fin. Dans ce cas, l'enfant aurait conservé ou récupéré partiellement la capacité à intégrer l'évènement traumatique au plan psychique, lui permettant de surpasser la compulsion de répétition. Dans ce type de jeu, bien que l'enfant soit en partie dégagé de la souffrance qu'il a vécue, l'expression

des angoisses et d'autres émotions associées à la reviviscence du trauma est possible. Ce jeu permettrait en fait à l'enfant de répéter l'intensité de son expérience traumatique afin de parvenir graduellement à la maîtriser et à l'élaborer. Le troisième type de jeu traumatique serait la *reconstitution par le jeu*, dans lequel l'enfant aurait atteint un certain équilibre psychique post-trauma. Ce n'est pas l'évènement traumatique dans sa globalité qui est mis en scène, mais plutôt certains aspects de celui-ci. L'enfant inclurait ainsi dans son jeu certaines *traces* de son vécu traumatique, de sorte que les indices apparaissent plus subtils au clinicien (Romano, 2010). Ainsi, les auteurs considèrent l'expression de tension, d'anxiété ou d'angoisse dans le jeu comme un indicateur de jeu traumatique (Chazan, 2004 ; Romano, 2010). Une capacité de régulation affective déficitaire ou rigide pourrait donc être révélatrice d'un trauma antérieur.

**Jeu et régulation affective.** Le jeu ne peut exister sans l'expression des émotions qui lui sont inhérentes (Chazan, 2002). Allen (2005) définit la régulation affective comme la capacité de l'individu à évaluer, contrôler et ajuster ses réponses émotionnelles (c.-à-d., les comportements qui suivent l'expérience affective). Ce processus requiert des efforts, même pour les individus qui démontrent une bonne capacité à réguler les émotions. Selon l'auteur, il ne serait pas possible d'exercer un contrôle sur l'affect en tant que tel. Cependant, l'individu pourrait en influencer l'intensité, la durée et le comportement qui en permettra l'expression. Chez les individus ayant de bonnes capacités de mentalisation et d'autorégulation affective, une émotion susciterait le recours à des mécanismes adaptatifs qui favorisent un état affectif tolérable

pour la personne (Allen, 2005). Une capacité efficace à réguler les émotions chez l'enfant lui permettrait de prendre une certaine distance face à la situation, de sorte qu'il peut identifier, reconnaître et accepter son vécu affectif sans se laisser envahir par celui-ci (Verheugt-Pleiter, 2008). À l'inverse, une même situation pourrait entraîner des comportements autodestructeurs et des conséquences nocives chez un individu pour qui ces capacités ne sont pas suffisamment développées. L'enfant serait alors envahi par l'intensité de son vécu affectif et il ne pourrait pas identifier et comprendre ce qu'il vit. Dans le jeu, les difficultés de l'enfant à réguler les émotions se manifestent soit par une inhibition affective, soit par des débordements (Allen, 2005).

Plusieurs études ont démontré des relations unissant les traits de personnalité limite et des difficultés à réguler les émotions, telles qu'une faible tolérance à la détresse (Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez et Gunderson, 2006), une conscience émotionnelle appauvrie (Leible et Snell, 2004) et une peur de ressentir certaines émotions (évitement du vécu affectif; Bijttebier et Vertommen, 1999). Des antécédents d'abus psychologiques ou physiques chez l'enfant seraient également un facteur de risque à développer des difficultés concernant la régulation affective (Kuo, Khoury, Metcalfe, Fitzpatrick et Goodwill, 2015). Enfin, certains auteurs suggèrent que la capacité à réguler les émotions agit à titre de variable médiatrice entre les événements potentiellement traumatiques vécus au sein de la relation avec le parent et l'émergence de traits de personnalité limite (van Dijke, Ford, van Son, Frank et van der Hart, 2013).

P. Kernberg et ses collègues (2000) décrivent l'expression des émotions chez les enfants avec une personnalité limite comme étant intense et soudaine (p. ex., changements brusques d'humeur). L'anxiété serait envahissante et paralysante, notamment lors des séparations d'avec la principale figure de soins. Ces enfants présenteraient une faible tolérance à la frustration et peineraient à réguler leur colère, ce qui se manifesterait par d'intenses crises de colère ou des comportements auto et hétéro-agressifs. De plus, les enfants qui présentent des traits de personnalité limite éprouveraient moins d'empathie ou de culpabilité suite aux gestes qu'ils ont posés envers autrui. Enfin, ils expérimenteraient moins de plaisir et de bonheur que les autres enfants, ce qui se traduirait notamment par des difficultés à éprouver de la satisfaction et à utiliser le jeu pour neutraliser les frustrations. Il en découlerait un sentiment d'impuissance et des affects dépressifs (P. Kernberg et al., 2000).

### **Pertinence de l'étude**

La plupart des informations disponibles sur la trajectoire développementale de la personnalité limite proviennent d'études rétrospectives (p. ex., Herman et al., 1989 ; Zanarini et al., 2000), de propositions théoriques basées sur l'expérience clinique des auteurs (p. ex., Fonagy et Target, 2000 ; P. Kernberg, 1990 ; Pine, 1986) ou d'études de cas (p. ex., Chazan, 2002 ; Emmanuelli et Azoulay, 2012). Les modèles de compréhension théorique exposés par les auteurs, bien que pertinents, manquent parfois de reconnaissance chez les cliniciens d'allégeance autre que psychodynamique ou

psychanalytique. Ainsi, force est de constater le manque d'appuis empiriques disponibles dans le domaine, indiquant l'importance de démontrer scientifiquement la présence durant l'enfance d'indices cliniques liés au TPL et d'en comprendre davantage la dynamique développementale, objectif visé par la présente étude. Également, à la connaissance des auteurs, aucune étude n'a été réalisée jusqu'à présent concernant les indices de la régulation des affects et des mécanismes de défense pouvant être observés dans le jeu des enfants ayant été victimes d'événements potentiellement traumatiques, ce qui souligne l'importance de faire de la recherche auprès de cette population. Une meilleure compréhension des caractéristiques du jeu de ces enfants permettrait de repérer ceux qui sont à risque de manifester des traits de personnalité limite, afin d'adapter les traitements qui leur sont offerts (P. Kernberg, 1990) et d'atténuer leurs difficultés futures (Emmanuelli et Azoulay, 2012).

### **Objectifs et hypothèses de recherche**

La présente étude, de nature exploratoire, s'inscrit dans une perspective développementale et une approche dimensionnelle. Elle vise à identifier des traits associés à la personnalité limite et des caractéristiques du jeu pouvant être liées à cette psychopathologie, qu'il serait possible d'observer dans le jeu des enfants d'âge scolaire ayant vécu des événements potentiellement traumatiques au sein de la relation avec leurs figures de soins.

Le premier objectif est de décrire les éléments caractéristiques des variables à l'étude, concernant d'une part les manifestations dans le jeu libre d'un vécu traumatique (jeu traumatique, thèmes de jeu à caractère traumatique), de la régulation des affects et des mécanismes de défense et, d'autre part, le degré auquel se révèlent les traits de personnalité limite selon une échelle auto-rapportée. Ce portrait sera dressé d'abord pour l'ensemble des participants, puis pour les enfants qui présentent du jeu traumatique. Des analyses statistiques descriptives, des tests de rang signé de Wilcoxon et des examens des moyennes seront utilisés pour répondre à cet objectif. Le second objectif concerne l'examen des relations d'association, à l'aide d'analyses de corrélations, entre les traits de personnalité limite, la régulation des affects et les mécanismes de défense, dans le but de déterminer quels indices observés dans le jeu libre de l'enfant peuvent être reliés à la pathologie limite. La première hypothèse suggère que plus les mécanismes de défense utilisés dans le jeu seront immatures et moins ils seront matures, plus l'enfant aura des traits de personnalité limite marqués (score élevé à l'échelle). La seconde hypothèse propose que plus l'enfant se montrera rigide dans sa façon de réguler ses émotions dans le jeu, plus il aura des traits de personnalité limite selon l'échelle auto-administrée. Finalement, la troisième hypothèse avance que l'utilisation de mécanismes de défense immatures sera associée à des difficultés à réguler les affects, alors que le recours aux mécanismes de défense matures sera lié à des affects modulés de façon flexible.

## **Méthodologie**

### **Participants**

Quinze enfants âgés entre six et 11 ans ( $M = 8,87$  ans,  $ET = 1,64$ , cinq filles) composent l'échantillon. Ils ont vécu un ou plusieurs évènements potentiellement traumatiques dans leur milieu familial d'origine (abandon :  $n = 7$ , négligence :  $n = 6$ , abus sexuel :  $n = 5$ , abus physique :  $n = 8$ , témoin de violence physique :  $n = 8$ ) et sont hébergés depuis au moins un mois dans une ressource de la protection de l'enfance, située en banlieue de la ville de Montréal, au Québec (unité de vie interne :  $n = 8$ , foyer de groupe externe :  $n = 7$ ). Les enfants ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme ont été exclus de l'étude, car leurs problèmes cognitifs ou neuro-développementaux aurait pu biaiser les résultats. Les éducateurs de suivi responsables des enfants ( $n = 13$ ) ont également participé à l'étude.

### **Procédure**

La présente étude s'inscrit dans un projet plus large visant à identifier les variables intrapsychiques et relationnelles liées à la gestion de l'agressivité chez les enfants hébergés sous la responsabilité de la protection de l'enfance. Ce projet a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke et de celui du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. D'abord, les éducateurs travaillant dans les centres d'hébergement ont été rencontrés afin de leur expliquer les implications de la recherche et de signer le

formulaire d'information et de consentement. Les éducateurs ont ensuite rencontré les parents ou, dans l'absence des parents, les tuteurs légaux, dans le but de leur donner des explications détaillées concernant la participation de l'enfant et d'obtenir leur consentement libre et éclairé. Enfin, l'étude et la nature de leur participation furent expliquées aux enfants par les éducateurs ou par leurs parents en présence d'un intervenant afin d'obtenir leur assentiment selon une procédure prévue à cet effet.

Les enfants ont été rencontrés individuellement à trois reprises dans le contexte du projet de recherche plus large. L'échelle concernant les traits de personnalité limite a été administrée aux enfants à la première rencontre, avec l'aide d'un assistant de recherche qui a lu à voix haute les consignes et les items à l'enfant afin d'assurer sa compréhension. Ensuite, l'enfant a été invité à participer à une période de jeu libre, d'une durée de 30 minutes, lors de la troisième rencontre. La consigne émise à l'enfant était la suivante : « Avant de commencer à jouer, j'aimerais te montrer tous les jouets qu'il y a dans la salle. De cette façon tu pourras savoir avec quoi tu veux jouer. Tous les jouets sont à ta disposition et tu pourras faire ce que tu veux. Nous serons dans la salle pendant trente minutes, une demi-heure. Durant ce temps, tu pourras jouer, et moi, je vais observer ce que tu fais. Cela va me permettre de mieux te connaître. Si tu as besoin de ma collaboration ou de mon aide, tu peux me la demander ». Les périodes de jeu ont été enregistrées sur bande audiovisuelle pour des fins de cotation et d'analyse. La cotation a été effectuée par des chercheurs qualifiés et accrédités qui ne connaissaient pas les antécédents (traumatiques ou autres) de ces enfants. En parallèle, l'éducateur de



suivi a rempli un bref questionnaire sur les données sociodémographiques et les antécédents de l'enfant.

### **Instruments de mesure**

**Questionnaire sociodémographique.** Questionnaire complété par l'éducateur de suivi visant à recueillir des informations sur les données sociodémographiques, le motif d'hébergement et les événements marquants dans l'histoire de vie de l'enfant. La recension des informations a été complétée à partir de la révision du dossier de l'enfant. La décision de remettre ce questionnaire aux éducateurs plutôt qu'aux parents découle d'un souci d'uniformiser la procédure et d'éviter les biais de réponse. Ayant été retirés de leur milieu familial, ces enfants ne côtoient pas leurs parents au quotidien ou, dans certains cas, n'ont plus de contact avec eux.

**Échelle de traits de personnalité limite pour enfants (ÉTPLE)<sup>9</sup>.** Traduction française du *Borderline Personality Features Scale for Children* (BPFS-C; Crick et al., 2005), effectuée par Terradas et Achim (2010). Il s'agit d'un questionnaire auto-rapporté rempli par l'enfant. L'instrument permet d'identifier les traits de personnalité associés au TPL chez les enfants d'âge scolaire. Jusqu'à présent, il avait été validé auprès

---

<sup>9</sup> L'échelle de traits de personnalité limite pour enfants (ÉTPLE) a été traduite en français selon la méthode traduction/retraduction (Behling et Law, 2000) et une approche consensuelle (Bradley, 1994). Selon cette méthode, deux personnes bilingues traduisent l'instrument de façon indépendante, puis comparent leurs versions et résolvent les différences. Ensuite, une troisième personne traduit l'instrument dans sa langue d'origine afin de s'assurer que les énoncés conservent leur sens (Behling et Law, 2000). La traduction est enfin révisée par un comité d'experts et d'utilisateurs potentiels de l'instrument (Bradley, 1994).

d'enfants de neuf ans et plus. Il a toutefois été utilisé chez des enfants à partir de l'âge de six ans car ils étaient accompagnés d'un assistant de recherche qui leur lisait les énoncés et leur fournissait des explications au besoin, de façon à s'assurer que les items seraient bien compris par ces enfants. Le questionnaire comprend 24 énoncés auxquels l'enfant répond sur une échelle de type Likert allant de *pas du tout vrai* (1) à *toujours vrai* (5). Les items se distribuent en quatre sous-échelles : instabilité affective, problèmes d'identité, relations interpersonnelles négatives et autodestruction. La version originale de l'instrument, validée auprès de 400 enfants américains de 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> année du primaire, fait preuve d'excellentes propriétés psychométriques (stabilité temporelle après 6 mois et 1 an :  $r_{T1-T2} = 0,56$ ,  $r_{T1-T3} = 0,47$ ,  $r_{T2-T3} = 0,58$  ; cohérence interne :  $\alpha > 0,76$  aux trois temps de mesure; validité de construit des différentes sous-échelles; Crick et al., 2005). La version française a quant à elle été validée auprès de 262 enfants francophones et 43 enfants bilingues de la province de Québec. L'analyse factorielle révèle un modèle en quatre composantes expliquant 46,61 % de la variance totale : (a) Contrôle des impulsions (impulsivité, agressivité et comportements autodestructeurs), (b) Relations interpersonnelles négatives (durabilité des relations, agressivité relationnelle, contrôle et jalousie dans les relations avec les pairs), (c) Régulation des émotions (affects intenses, instables et inappropriés au contexte, et inquiétude face aux pertes) et (d) Sentiment de vide (sentiment d'ennui et de solitude entraînant une souffrance). L'instrument permet d'obtenir un indice global de traits de personnalité limite ainsi que des indices de ces quatre composantes. La cohérence interne de l'instrument est satisfaisante ( $\alpha = 0,86$ ). Les corrélations entre les versions française et

anglaise, administrées aux enfants bilingues avec une semaine d'intervalle, sont satisfaisantes (corrélations entre les sous-échelles variant 0,67 et 0,83; corrélation entre les scores totaux :  $r = 0,84$ ; Arsenault, Dubé, Terradas, Lallier Baudoin et Pesant, 2012 ; Dubé, Terradas et Arsenault, 2015).

**Children's Play Therapy Instrument** (CPTI; P. Kernberg, Chazan et Normandin, 1998 ; Chazan, 2002). Le CPTI est une grille d'analyse du jeu libre des enfants qui permet de mesurer, entre autres, la régulation des affects, la présence de jeu traumatique, les thèmes de jeu mis en scène et les mécanismes de défense, dans le but de mieux comprendre le jeu de l'enfant en contexte de psychothérapie. L'instrument propose un matériel de jeu présélectionné et s'accompagne d'un manuel et de grilles d'observation (Chazan, 2009). D'abord, la période de jeu est segmentée selon les moments de *préparation au jeu*, de *jeu*, de *non-jeu* et d'*interruption*. Par la suite, le segment de jeu le plus long est sélectionné afin de procéder à l'analyse des différentes dimensions du jeu (Chazan, 2000). La validation de l'instrument a été réalisée à partir des cotations de trois chercheurs à l'aide de coefficients de corrélation intra-classe (CCI) pour les échelles ordinales et de l'indice statistique Kappa de Cohen pour les échelles nominales (P. Kernberg et al., 1998). Dans la présente étude, les périodes de jeu ont été cotées par deux personnes qui ont obtenu une accréditation auprès de Dre Saralea Chazan, une des auteures de l'instrument. Les échelles utilisées sont : (a) Présence ou absence de jeu traumatique, (b) Régulation et modulation des affects, (c) Thèmes mis en scène dans le jeu et (d) Mécanismes de défense. D'abord, l'échelle de jeu traumatique

est cotée de façon dichotomique selon la présence (1) ou l'absence (0) de cette catégorie de jeu qui s'observe, selon Chazan (2004), par une mise en scène répétitive de thèmes à caractère traumatique, durant laquelle l'enfant manifeste des affects d'anxiété, de tension, de désespoir ou de tristesse, et qui n'atteint pas de résolution. L'indice Kappa obtenu à l'échelle des *catégories de jeu*, incluant l'identification de jeu traumatique, s'avère modéré ( $\kappa = 0,50$  entre les trois juges). L'indice Kappa obtenu dans le cadre de la présente étude est très fort pour l'ensemble des participants à la recherche ( $\kappa = 0,91$  entre les deux juges). Les capacités de régulation et de modulation des affects chez l'enfant sont évaluées selon une échelle de type Likert allant de très rigide (1) à très flexible (5). Les indices de la capacité à réguler les affects sont repérés dans le jeu à travers le langage verbal et non verbal (p. ex., expressions faciales, posture, volume/débit/intonation de la voix) de l'enfant. Par exemple, la capacité de régulation des affects dite *rigide* s'observe dans le jeu par des indices d'inhibition émotionnelle (p. ex., apparence d'encapsulation ou de blocage au plan émotionnel) ou encore, de débordements émotifs (p. ex., crises de colère, rage, pertes de contrôle sur soi) sans gradation et nuance. À l'inverse, la capacité de régulation affective *flexible* correspond à des émotions exprimées par l'enfant à différents degrés d'intensité au long du segment de jeu et à une oscillation souple et aisée entre celles-ci (Chazan, 2004). L'accord entre les deux juges obtenu pour l'ensemble des participants à la présente étude est excellent (CCI = 0,97,  $p < 0,001$ ). L'instrument offre également la possibilité d'analyser les thèmes que l'enfant met en scène dans le segment de jeu libre. Dans la présente étude, la présence (1) ou l'absence (0) de 48 thèmes (p. ex., prendre soin, destruction, séparation)

a été cotée. L'indice Kappa obtenu est très fort ( $\kappa = 0,88$  entre les deux juges pour l'ensemble de l'échantillon). La dernière échelle utilisée concerne l'identification des stratégies défensives à partir des manifestations comportementales et affectives de l'enfant dans le jeu. Les 39 mécanismes de défense mesurés par l'instrument sont basés sur les écrits de Vaillant (1977), de Perry, Kardos et Pagano (1993) et de P. Kernberg (1994; P. Kernberg et al., 1998) et sont regroupés par les auteurs en quatre catégories, soit *adaptés ou normaux* (adaptation, anticipation, résolution de problèmes, répression des affects, sublimation, altruisme, affiliation, identification et humour), *conflictuels-inhibés* ou *névrotiques* (intellectualisation, rationalisation, isolation des affects, annulation, négation, formation réactionnelle, projection, introjection, régression, somatisation, retournement de l'agression contre soi-même et évitement), *impulsifs* ou *limites* (dénig, clivage, identification projective, idéalisation primitive, dévalorisation primitive, contrôle omnipotent et identification à l'agresseur), et *désorganisés* ou *psychotiques* (dédifférenciation, constriction, dé-animation, dispersion, démantèlement, encapsulation autistique, fusion, blocage des affects, hypochondrie et renversement des affects ; Chazan, 2000, 2002, 2009). L'échelle présente un accord fort entre les quatre juges ( $\kappa = 0,75$  ; Chazan, 2009). Dans la présente étude, l'accord inter-juge à cette échelle est fort ( $\kappa = 0,68$  entre les deux juges pour l'ensemble de l'échantillon ; CCI des quatre types de mécanismes de défense situés entre 0,59 et 0,94). Étant donné la taille de l'échantillon, les mécanismes de défense ont aussi été regroupés en deux catégories pour certaines analyses, soit les mécanismes de défense matures (somme des mécanismes de défense *adaptés-normaux* et *conflictuels-inhibés-névrotiques*) et les mécanismes de

défense immatures (somme des mécanismes de défense *impulsifs-limites* et *désorganisés-psychotiques*).

**Échelle de jeu traumatique selon la théorie de Romano (2010).** Une échelle, visant à mieux définir le jeu traumatique présenté par l'enfant, a été créée par les chercheurs. Cette échelle se base sur les écrits de Romano (2010) qui distingue le *jeu traumatique* (définition : mise en scène littéraire, répétitive ou compulsive du trauma accompagnée d'une détresse significative), le *jeu abréactif* (définition : capacité de l'enfant à élaborer un scénario qui évolue et atteint une résolution, mais accompagnée d'indices d'angoisse associée à l'évènement traumatique) et la *reconstitution par le jeu* (définition : le jeu inclut certaines traces ou indices du vécu traumatique, sans que le trauma soit mis en scène dans sa globalité). Les trois catégories ont été cotées en fonction de leur *présence* (1) ou *absence* (0). L'accord entre les deux juges pour l'ensemble des participants est fort pour le *jeu traumatique* ( $\kappa = 0,65$ ) et la *reconstitution par le jeu* ( $\kappa = 0,76$ ), alors qu'il est modéré pour l'échelle de *jeu abréactif* ( $\kappa = 0,51$ ).

## Résultats

Des analyses préliminaires ont permis de vérifier les propriétés des distributions des variables. Elles démontrent que la plupart des échelles ne respectent pas les postulats de base relatifs à la distribution normale des résultats. Des analyses non paramétriques sont utilisées.

### **Premier objectif : portrait descriptif des enfants participant à l'étude**

Des analyses descriptives ont permis de dresser un portrait des participants concernant les indices de jeu traumatique selon les définitions de Chazan (2004) et de Romano (2010), les thèmes de jeu, l'utilisation des mécanismes de défense, la capacité à réguler les émotions et les traits de personnalité limite. Quatorze participants ont été considérés pour les analyses du jeu libre, l'un des garçons n'ayant pas su utiliser le matériel offert pour élaborer un segment de jeu.

**Indices de jeu traumatique, thèmes, mécanismes de défense et capacité à réguler les affects repérés à travers le jeu libre de l'enfant.** La majorité des enfants composant l'échantillon, plus précisément 11 des 14 participants, présentent des indices de jeu traumatique selon les critères du CPTI (Chazan, 2004). Le jeu de ces enfants a ensuite été ré-analysé afin d'apprécier le sous-type de jeu traumatique présenté, à partir des définitions proposées par Romano (2010). De ce nombre, cinq enfants rencontrent les critères du *jeu traumatique* au sens de Romano, trois ceux du *jeu abréactif* et trois autres ceux de la *reconstitution par le jeu*.

L'occurrence des thèmes de jeu évalués selon les critères du CPTI (Chazan, 2004) a été déterminée à l'aide d'analyses de fréquence. Deux thèmes sont présents chez la moitié de l'échantillon (7 participants) ou plus, soit le dommage au corps ( $n = 8$  ; définition : le jeu est axé sur les blessures physiques, incluant les mutilations corporelles,

les coupures ou les brûlures) et les bébés ( $n = 8$  ; définition : le scénario de jeu inclut un personnage de bébé). Certains thèmes de jeu ne sont observés que chez les enfants qui rencontrent les critères de *jeu traumatique* selon la définition de Romano (2010). Il s'agit des thèmes d'abandon ( $n = 2$  ; définition : le jeu concerne la séparation entre un enfant et sa figure de soins, l'abandon ou le rejet de la part du parent), d'adoption ( $n = 2$  ; définition : le jeu est axé sur un thème d'adoption d'un enfant par une nouvelle famille ou un changement de figures parentales) et de torture ( $n = 3$  ; définition : le jeu est axé sur une thématique de souffrance physique infligée volontairement à un être humain).

Des tests de rang signé de Wilcoxon pour échantillons associés ont été appliqués aux quatre échelles mesurant le recours aux mécanismes de défense (voir Tableau 1). Cette analyse permet de comparer les scores médians de variables ordinales. Les résultats suggèrent que les enfants de l'échantillon utilisent davantage les mécanismes de défense *impulsifs* ou *limites* dans le segment de jeu, que les trois autres types de mécanismes de défense évalués, soit de type *adaptés* ou *normaux*, *conflictuels-inhibés* ou *névrotiques* et *désorganisés* ou *psychotiques*. De plus, l'examen des moyennes des scores révèle une utilisation prédominante de mécanismes de défense *impulsifs* ou *limites* chez les enfants qui rencontrent les critères de jeu traumatique du CPTI (Chazan, 2004 ;  $M = 3,73$ ,  $ÉT = 0,79$ ) en comparaison à ceux qui n'en présentent pas ( $M = 2,33$ ,  $ÉT = 0,58$ ). Cette différence est de grande taille ( $\eta^2 = 0,40$ ).



Ensuite, la capacité de régulation des affects de l'enfant est évaluée selon un continuum en cinq catégories, allant de *très rigide* à *très flexible* (voir Tableau 2). La plupart des participants ( $n = 9$ ) manifestent des indices dans leur jeu de difficultés à réguler et moduler leurs émotions (catégorie *très rigide* ou *rigide* ; score bas à l'échelle). Plus précisément, le jeu de six participants correspond aux critères d'une catégorie de régulation des affects de type *rigide* et trois enfants à ceux d'une catégorie dite *très rigide*. À l'inverse, trois enfants manifestent des indicateurs d'une capacité de régulation affective *flexible*. Enfin, deux participants se situent dans la catégorie *modérée*. Aucun participant ne présente une régulation des émotions *très flexible*. Une relation a été trouvée entre la présence de *jeu traumatique*, au sens de Romano (2010), et la catégorie de régulation des émotions dite *rigide* (correspond à un score bas à l'échelle mesurant la capacité de régulation affective :  $M = 1,60$ ,  $ÉT = 0,55$ ), en comparaison à l'absence de ce type de jeu qui serait liée à une modulation émotionnelle davantage *flexible* (score plus élevé à la même échelle ;  $M = 2,78$ ,  $ÉT = 1,09$ ; grande taille d'effet ;  $\eta^2 = 0,29$ ).

**Traits de personnalité limite.** Les études portant sur l'ÉTPLE avaient pour objet sa validation et ne présentent pas de score moyen pour les sous-échelles. Néanmoins, Crick et ses collègues (2005) ont publié le score total à l'échelle obtenus par les participants à trois temps de mesure dans l'étude de validation de la version originale de l'instrument (BPFS-C). Ces résultats ont servi de référence, puisqu'il n'existe pas de seuil clinique pour cet instrument. Les sous-échelles du BPFS-C et de l'ÉTPLE seraient fortement corrélées (Dubé et al., 2012). Cette information permet de constater que les

participants de l'étude obtiennent en moyenne des scores totaux légèrement plus élevés que les enfants de la population générale (voir Tableau 3). Aucune analyse statistique n'a cependant été effectuée, puisqu'il n'est pas possible de comparer les deux échantillons en raison de leurs nombreuses différences.

### **Deuxième objectif : relations entre les différentes variables à l'étude**

**Traits de personnalité limite et mécanismes de défense.** Aucune relation significative n'a été trouvée entre les traits de personnalité limite et les mécanismes de défense utilisés.

**Traits de personnalité limite et régulation des affects.** Aucune relation significative n'a été trouvée entre les traits de personnalité limite et la capacité à réguler les affects.

**Régulation des affects et mécanismes de défense.** Des analyses de corrélations bilatérales non paramétriques *Tau-B* de Kendall ont permis de vérifier les relations entre les mécanismes de défense et la capacité à réguler les affects tels qu'observés dans le jeu libre (voir Tableau 4). Les résultats démontrent une corrélation significative positive entre le recours aux mécanismes de défense matures et la capacité à réguler les émotions, signifiant que plus les mécanismes de défense utilisés sont matures, plus l'enfant se montre flexible dans sa façon de réguler et de moduler ses affects dans le segment de jeu. Une corrélation inverse significative est trouvée entre l'utilisation de

mécanismes de défense immatures et la capacité de régulation affective. Ainsi, plus les mécanismes de défense utilisés sont immatures, plus des indices de rigidité et de difficultés à réguler les émotions sont observés dans le jeu de l'enfant.

### **Discussion**

Cette étude, de nature exploratoire, visait à décrire le jeu libre d'un échantillon composé de 15 enfants pris en charge par la protection de l'enfance, ainsi qu'à explorer les relations entre les traits de personnalité limite, les mécanismes de défense et la régulation des affects de ces enfants. Le premier objectif de recherche était de dresser un portrait des caractéristiques des enfants participant à l'étude, d'abord de façon générale, puis en considérant seulement ceux qui rencontrent les critères de *jeu traumatique*, en raison des écrits théoriques et scientifiques ayant démontré des liens entre les antécédents traumatiques et les traits de personnalité limite. Pour répondre à cet objectif, les indices repérés dans le jeu libre et les résultats obtenus à l'échelle mesurant les traits de personnalité limite ont été documentés dans les résultats.

Le jeu libre a été considéré pour 14 enfants, l'un des garçons n'ayant pas utilisé le matériel disponible de façon ludique (refus de participer au segment de jeu libre). Chazan (2002) suggère que l'incapacité à jouer chez l'enfant peut être associée à une détresse importante et peut être liée à un vécu traumatique. L'une des explications possibles de l'absence de jeu chez cet enfant (incapacité à jouer minimalement temporaire) concerne les événements potentiellement traumatiques auxquels il a été

exposé durant son enfance. L'examen des antécédents de ce participant révèle qu'il a vécu de l'abus sexuel et physique et qu'il a été témoin de violence dans son milieu familial d'origine. De plus, la période de jeu libre faisait suite à la passation de la version française du *Child Attachment Interview*<sup>10</sup>, instrument qui aurait pu réactiver chez ce participant une souffrance liée à la relation avec ses figures d'attachement et empêcher, temporairement, qu'il ait accès à ses capacités d'élaboration par le jeu.

Il fut constaté que la plupart des enfants prenant part à la recherche (11 des 14 enfants ayant utilisé le matériel de jeu) rencontrent les critères de jeu traumatique tel que défini par Chazan (2004). Selon cette auteure, le jeu traumatique consiste en une répétition de thèmes de jeu spécifiques associés au trauma qui s'accompagne d'indices d'angoisse ou de dépression, de l'absence d'une solution satisfaisante ou d'un sentiment de satiété. De ce nombre, le jeu de cinq enfants correspond à la définition plus sévère et pointue de *jeu traumatique* de Romano (2010), qui réfère à une mise en scène littérale, répétitive ou compulsive du trauma accompagnée d'une détresse significative. Trois des 11 enfants présentent un *jeu abrégé*, caractérisé par l'élaboration d'un scénario de jeu qui évolue et atteint une résolution, mais qui s'accompagne d'une certaine angoisse associée à l'évènement traumatique. Enfin, les trois autres enfants font preuve d'une *reconstitution par le jeu*. Cette catégorie implique l'inclusion de certaines traces du vécu traumatique, sans remise en scène du trauma dans sa globalité (Romano, 2010). Ces

---

<sup>10</sup> Entrevue semi-structurée, composée de 15 questions, permettant d'activer les relations d'attachement et de stimuler la production de récits d'attachements chez les enfants âgés de 7 à 12 ans en réponse aux questions concernant leurs relations avec leurs figures de soin significatives.

observations sont cohérentes avec les connaissances antérieures qui soulignent que les enfants ont tendance à mettre en scène dans leur jeu des indices témoignant de leur vécu traumatique (Chazan, 2002 ; Romano et al., 2008; Terr, 1990), puisque les enfants ayant participé à l'étude sont tous pris en charge par la protection de l'enfance en raison d'exposition à des événements potentiellement traumatiques dans leur milieu familial. Par ailleurs, plus de la moitié des enfants (8 participants) présentent des thèmes associés au dommage au corps et aux *bébés*. Certains thèmes pouvant être liés aux événements potentiellement traumatiques (c.-à-d., abandon, adoption, torture physique) sont uniquement présents chez les enfants qui rencontrent les critères de jeu traumatique au sens de Romano (2010). Cette auteure suggère que les enfants qui présentent ce type de jeu ne peuvent élaborer l'expérience traumatique à un niveau symbolique puisque leurs capacités d'adaptation sont submergées par la détresse qui en découle, ce qui s'exprime par des thèmes de jeu plus proches de la réalité de cet événement.

En ce qui concerne les mécanismes de défense identifiés dans le jeu, les enfants utilisent de façon prédominante des mécanismes de défense de type *impulsif-limite* (immatures) tels que le clivage, le déni, l'identification projective et l'identification à l'agresseur. Cependant, les enfants qui ne présentent pas de jeu traumatique au sens de Chazan (2004) ont tendance à utiliser plus de mécanismes de défense matures que ceux qui mettent en scène ce type de jeu.

En ce qui a trait à la régulation des affects, la majorité des enfants rencontrent les critères d'une capacité de régulation et de modulation des émotions allant de *rigide* à *très rigide* selon les indices manifestés dans le jeu. La présence de jeu traumatique, tel que défini par Romano (2010), a été associée à davantage de difficultés chez les enfants à réguler leurs affects (score bas à l'échelle), en comparaison aux participants qui ne rencontraient pas les critères spécifiques de ce type de jeu. Selon Romano, le jeu traumatique est souvent associé à une capacité déficitaire de régulation des affects. Ces résultats sont cohérents avec la théorie de Pine (1986) qui indique que le développement de la capacité à gérer les émotions et la maturation des mécanismes de défense chez l'enfant seraient entravés par le manque de disponibilité affective et l'imprévisibilité des parents.

En l'absence de normes de comparaison et de « score-seuil » concernant les traits de personnalité limite (scores obtenus à l'ÉTPLE), les scores totaux moyens obtenus par des enfants de 9 à 12 ans issus de la population générale ayant participé à l'étude de validation du BPFS-C (Crick et al., 2005) ont été utilisés à titre de référence. Les enfants de l'échantillon obtiennent un score total en moyenne légèrement plus élevé que celui des enfants de l'étude de validation. Aucune analyse statistique n'a cependant été appliquée, considérant les différences entre les deux groupes. L'étude n'a donc pu permettre de vérifier si les traits de personnalité limite sont plus marqués chez les enfants ayant vécu des événements potentiellement traumatiques, tel que soulevé par la littérature qui propose qu'un vécu traumatique dans le milieu familial est un facteur de

risque à développer un TPL à l'âge adulte (Bradley et al., 2005 ; DiMascio, 2001 ; Herman et al., 1989 ; P. Kernberg, 1990 ; Paris, 2000 ; Zanarini et al., 2000).

Le deuxième objectif de l'étude concernait l'examen des relations entre les traits de personnalité limite, la régulation des affects et les mécanismes de défense. D'abord, les deux premières hypothèses n'ont pas reçu l'appui statistique anticipé puisqu'aucune relation significative n'est trouvée liant les traits de personnalité limite aux mécanismes de défense ou à la régulation des affects. Pourtant, plusieurs auteurs considèrent que le recours à des mécanismes de défense immatures serait l'une des caractéristiques principales du TPL (Bond, Paris et Zweig-Frank, 1994 ; Cramer, 1999 ; O. Kernberg, 2004). Également, les relations associant le TPL et les difficultés à réguler les émotions sont suggérées par plusieurs études (p. ex., Bijttebier et Vertommen, 1999 ; Gratz et al., 2006 ; Leible et Snell, 2004). Il serait pertinent de répliquer la recherche en tenant compte de plusieurs limites, afin de vérifier ces hypothèses.

Enfin, les résultats de l'étude vont dans le sens de la troisième hypothèse puisqu'ils montrent que l'utilisation de mécanismes de défense matures est liée à un score plus élevé à l'échelle évaluant la capacité à réguler et à moduler les affects, ce qui correspond à une régulation affective plus flexible et adaptée. À l'inverse, les mécanismes de défense immatures sont associés à une régulation affective plus rigide. Alors que les mécanismes de défense correspondent aux moyens utilisés par l'individu

pour faire face aux émotions et aux pensées qui induisent chez lui une certaine souffrance (Di Giuseppe et al., 2014), la régulation affective se définit comme la capacité de l'individu à évaluer, contrôler et ajuster ses réponses émotionnelles (c.-à-d. ses comportements) suite à une expérience affective (Allen, 2005). Une recherche réalisée par Sala, Testa, Pons et Molina (2015), auprès de 314 étudiants universitaires âgés entre 18 et 26 ans (50 % de femmes), a démontré des liens entre la régulation des affects et les mécanismes de défense. Les auteurs suggèrent entre autres qu'il s'agit de deux processus par lesquels la personne répond à une situation induisant chez elle une émotion particulièrement forte (p. ex., stress, souffrance).

Bien que les résultats de l'étude s'avèrent modestes, ceux-ci permettent de faire ressortir l'utilité de la grille d'analyse du jeu libre du CPTI pour mesurer les mécanismes de défense et la capacité de régulation affective susceptibles d'être liés à des antécédents traumatiques. Également, cet instrument permet d'apprécier la présence de jeu traumatique et les différents thèmes mis en scène par l'enfant. Il apparaît être un outil intéressant pour l'évaluation clinique des enfants à partir du jeu, notamment dans le cadre d'une psychothérapie par le jeu.

Les réactions affectives, comportementales ou relationnelles mesurées par l'ÉTPLE peuvent aussi refléter des tentatives de l'enfant de s'adapter aux événements potentiellement traumatiques qu'il a vécu ou à des efforts qu'il investit pour s'adapter au



changement de milieu de vie (c.-à-d., retrait du milieu familial, hébergement dans un foyer de groupe ou un centre de réadaptation). Ce type d'évènement a des impacts considérables sur le développement psychique de l'enfant (Allen, 2005). Les comportements que les enfants de l'échantillon adoptent peuvent être en fait compris comme des tentatives de s'adapter à leur environnement précaire. Un milieu familial imprévisible et chaotique, un manque de disponibilité physique ou mentale répétée du parent ou encore l'exposition à des événements traumatiques en bas âge seraient des facteurs contributifs à l'émergence de traits de personnalité limite (Allen, 2005 ; DiMascio, 2001 ; Pine, 1986). Les manifestations observées chez les enfants maltraités, qui peuvent s'apparenter d'une façon aux traits de personnalité limite, ainsi que leur recours prédominant aux mécanismes de défense immatures, permettent leur survie psychique au moment où ils se trouvent dans leur développement (Pine, 1986). C'est la cristallisation de ces stratégies d'adaptation ou leur utilisation rigide et inadaptée qui serait pathologique (P. Kernberg et al., 2000), d'où l'importance d'intervenir dès l'enfance auprès de la clientèle à risque.

### **Limites, pistes de recherche futures et retombées de l'étude**

Cette recherche présente un examen préliminaire d'un sujet d'étude qu'il serait pertinent d'approfondir en tenant compte de certaines limites. Premièrement, il aurait été pertinent d'avoir un plus grand nombre de participants afin de permettre des analyses statistiques plus robustes. Notons toutefois que les chercheurs ont été confrontés à de

multiples difficultés lors du recrutement des participants, telles que l'obtention de l'autorisation des parents et la disponibilité des enfants et éducateurs. Ces difficultés ont grandement limité le nombre d'enfants évalués.

La seconde limite concerne l'homogénéité de l'échantillon, qui n'inclut que des jeunes qui ont vécu des événements traumatiques dans le passé et qui sont issus de milieux familiaux carencés, dysfonctionnels et jugés incapables de garantir la sécurité et le développement de ces enfants. Les jeunes qui sont hébergés dans un centre de réadaptation ou un foyer de groupe sont généralement les cas les plus complexes pris en charge par la protection de l'enfance, les autres ressources ne pouvant pas répondre à leurs besoins spécifiques dans le moment présent. Le caractère restreint et homogène de l'échantillon limite ainsi les possibilités de généralisation des résultats. Si une étude était menée à nouveau auprès d'une telle population, il serait important de documenter davantage la symptomatologie traumatique des enfants et les conséquences des événements traumatiques vécus, ce qui pourrait d'une certaine façon contrer cette limite. Il serait donc pertinent que de futures recherches soient menées auprès d'un échantillon incluant des enfants dont le développement ou la sécurité a été jugé compromis, mais pour qui les services mis en place seraient plus variés (p. ex., maintien dans le milieu familial d'origine avec services de soutien, placés auprès d'un tiers significatif ou dans une famille d'accueil), ce qui permettrait de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble des enfants en contexte de protection de l'enfance. Il serait également intéressant de comparer les résultats à ceux d'enfants issus de la population générale.

L'inclusion d'un groupe de contrôle permettrait d'avoir plus de variété dans les manifestations des différentes variables à l'étude et ainsi de vérifier les relations entre celles-ci.

Troisièmement, l'âge des enfants peut être une limite de l'étude. La capacité des enfants de 6 à 11 ans, surtout les plus jeunes, à identifier et comprendre leurs émotions et leurs réactions comportementales peut être questionnée et aurait pu occasionner des biais dans leurs réponses à l'instrument utilisé pour mesurer les traits de personnalité limite, qui est de nature auto-rapportée. L'identification des traits de personnalité pathogènes, bien qu'elle soit effectuée à partir de manifestations comportementales observables, nécessite des capacités d'introspection et une connaissance de soi suffisamment développées. Tel que suggéré par Bleiberg (2001) et DiMascio (2001), le développement de la capacité réflexive des enfants en contexte de protection de l'enfance a pu être entravé par l'exposition à des événements potentiellement traumatiques en bas âge. Il est donc probable qu'il ait été difficile pour les participants de percevoir avec justesse le déclenchement en eux de ces traits de personnalité limite, en partie internes et inconscients, ou d'en interpréter les effets en tant qu'indices de leur activation. Par conséquent, l'âge et les antécédents des participants auraient pu nuire à la validité des résultats à ce type d'échelle de mesure. Il semble pertinent de construire une nouvelle version de l'ÉTPLE qui serait complétée par un psychothérapeute, l'évaluation de ce construit par un professionnel spécialisé auprès de la population infantile pourrait possiblement permettre d'éviter ce biais dans les études futures.

Quatrièmement, les chercheurs ont noté que la cotation des segments de jeu était plus complexe lorsque les enfants ne développaient pas un jeu de faire semblant ou un jeu symbolique (p. ex., activité artistique, jeu sensoriel), les critères proposés par le CPTI (Chazan, 2004) étant moins précis. Étant donné que les antécédents traumatiques des participants peuvent rendre plus difficile pour eux l'utilisation du matériel de jeu de façon créative (Chazan 2002), il est possible que la période de jeu restreinte à 30 minutes ait limité la possibilité qu'ils élaborent des jeux plus complexes ou suffisamment représentatifs de leur fonctionnement psychique. Il pourrait être pertinent d'offrir aux enfants des périodes de jeu plus longues, ou encore plusieurs périodes de jeu à des moments distincts pour obtenir des informations plus variées. D'un autre côté, les auteurs du CPTI en suggèrent l'utilisation dans le contexte d'une psychothérapie. Le contexte d'évaluation peut donc constituer une limite et certains biais peuvent en découler, tels que la disposition des enfants à se prêter à l'exercice ou leur état psychologique et physique lors de cette journée. Il serait pertinent d'inclure plusieurs périodes de jeu libre dans une étude future, afin de favoriser que l'étendue des conflits intrapsychiques et des enjeux psychologiques des participants soit reflétée, en plus de contrer ces biais possibles.

Enfin, une cinquième limite réside dans la possibilité que certains traits mesurés par l'ÉTPLE reflètent, du moins en partie, des stratégies adaptatives utilisées par l'enfant pour faire face aux événements potentiellement traumatiques qu'il a vécu et à son environnement précaire, tel qu'avancé dans la discussion. La lecture des items de

cette échelle dans Dubé et al. (2015) permet de constater certains recoupements avec des réactions traumatiques. Par exemple, l’item 13 (*Les gens qui sont proches de moi m’ont laissé(e) tomber*) pourrait référer à une situation réelle pour les participants de l’étude, sans nécessairement être contributif à des relations interpersonnelles négatives. Il serait intéressant de mener une étude afin d’évaluer la validité divergente de l’instrument avec une échelle mesurant la symptomatologie traumatique.

Malgré ces limites, les résultats de cette recherche, bien que modestes, permettent de constater l’utilité que peut avoir l’analyse du jeu libre de l’enfant dans l’évaluation clinique des symptômes traumatiques, des mécanismes de défense et de la capacité à réguler les émotions. Le CPTI s’avère être un outil intéressant et adapté à la réalité clinique des psychothérapeutes qui œuvrent auprès des enfants permettant de repérer dès le bas âge certains facteurs de risque qui ont été démontrés liés au TPL dans des études rétrospectives (p. ex., Herman et al., 1989 ; Zanarini et al., 2000) ou des écrits théoriques (p. ex., Chazan, 2002 ; Emmanuelli et Azoulay, 2012 ; Fonagy et Target, 2000 ; P. Kernberg, 1990 ; Pine, 1986). L’étude a permis de démontrer l’importance d’identifier la présence de traits de personnalité limite durant l’enfance. Pour la première fois, à la connaissance des auteurs, les relations entre les traits de personnalité limite, les mécanismes de défense, la régulation affective et les antécédents traumatiques ont été étudiées à partir de l’analyse du jeu libre auprès d’enfants francophones d’âge scolaire. Un examen ultérieur des relations unissant ces concepts tenant compte des limites exposées rendrait possible l’identification des indices cliniques liés au trouble limite se

manifestant dès l'enfance, afin de mieux repérer les enfants considérés à risque et ainsi orienter les soins qui leurs sont offerts pour qu'ils répondent mieux à leurs besoins. Des interventions précoces auprès de cette clientèle permettraient éventuellement de prévenir l'évolution des traits de personnalité limite (Emmanuelli et Azoulay, 2012).

## Références

- Allen, J. G. (2005). *Coping with trauma: hope through understanding* (2<sup>nd</sup> éd.). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Alvarez A. et Phillips, A. (1998). The importance of play: A child psychotherapist's view. *Child Psychology & Psychiatry Review*, 3(3), 99-103.
- American Psychiatric Association (APA). (2015). *DSM-5®. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris, France : Elsevier Masson.
- Anzieu, A. et Daymas, S. (2007). Introduction. Dans A. Anzieu, C. Anzieu-Premmureur et S. Daymas (Dir.), *Le jeu en psychothérapie de l'enfant* (p. 3-11). Paris, France : Dunod.
- Arsenault, S., Dubé, G., Terradas, M. M., Lallier Baudoin, M.-C. et Pesant, S. (2012, mars). *L'enfant borderline en devenir : validation de l'Échelle des traits de personnalité limite pour les enfants*. Communication par affiche présentée au 34<sup>e</sup> congrès annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie (SQRP), Sherbrooke.
- Becker, D. F., Grilo, C. M., Edell, W. S. et McGlashan, T. H. (2002). Diagnostic efficiency of Borderline Personality Disorder criteria in hospitalized adolescents: comparison with hospitalized adults. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2042-2047.
- Behling, O. et Law, K. S. (2000). *Translating questionnaires and other research instruments. Problems and solutions*. Londres, Angleterre : Sage Publications.
- Bijttebier, P. et Vertommen, H. (1999). Coping strategies in relation to personality disorders. *Personality and Individual Differences*, 26, 847-856.

- Bleiberg, E. (2001). *Treating personality disorders in children and adolescents: a relational approach*. New York, NY: The Guilford Press.
- Bond, M., Paris, J. & Zweig-Frank, H. (1994). Defense styles and Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 8(1), 28-31.
- Bradley, C. (1994). *Handbook of psychology and diabetes: A guide to psychological measurement in diabetes research and practice* (pp.43-55). Chur, Suisse: Harwood Academic Publisher.
- Bradley, R., Conklin, C. Z. et Westen, D. (2005). The borderline personality diagnosis in adolescents: gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(9), 1006-1019.
- Chazan, S. E. (2000). Using the Children's Play Therapy Instrument (CPTI) to measure the development of play in simultaneous treatment: A case study. *Infant Mental Health Journal*, 21(3), 211-221.
- Chazan, S. E. (2002). *Profiles of Play: Assessing and Observing Structure and Process in Play Therapy*. Londres, Angleterre: Jessica Kingsley Publishers.
- Chazan, S. E. (2004). *Children's Play Therapy Instrument (CPTI)*. MANUAL. Version révisée par S. E. Chazan du *Children's Play Therapy Instrument (CPTI)*, Kernberg, P. F., Chazan, S. E., et Normandin, L. (1997). Document inédit, New York, NY.
- Chazan, S. E. (2009). Observing Play Activity: The Children's Developmental Play Instrument (CDPI) with reliability studies. *Child Indicators Research*, 2(4), 417-436.
- Chethik, M. (2000). *Techniques of child therapy: Psychodynamics Strategies* (2<sup>e</sup> éd.). New-York, NY: The Guilford Press.



- Cramer, P. (1999). Ego functions and ego development: Defense mechanisms and intelligence as predictors of ego level. *Blackwell Publishing*, 67(5), 735-760.
- Crick, N. R., Murray-Close, D. et Woods, K. (2005). Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 17, 1051-1070.
- Debray, Q. et Nollet, D. (2011). *Les personnalités pathologiques. Approche cognitive et thérapeutique* (6e éd.). Paris, France : Elsevier Masson.
- DiMascio, D. (2001). *The theory of the relationship of maltreatment and dysfunctional attachment to borderline personality disorder: A critical review of the literature* (Thèse de doctorat inédite). Alliant International University, San Diego, Californie.
- Di Giuseppe, M., Perry, J. C., Petraglia, J., Janzen, J. et Lingiardi, V. (2014). Development of a Q-sort version of the Defense Mechanism Rating Scales (DMRS-Q) for clinical use. *Journal of Clinical Psychology*, 70(5), 452-465.
- Dubé, G., Terradas, M. M. et Arsenault, S. (2015). L'enfant borderline en devenir II : validation préliminaire de l'Échelle de traits de personnalité limite pour enfants. *Santé mentale au Québec*, XL(3), 245-267.
- Emmanuelli, M. et Azoulay, C. (2012). *Les troubles limites chez l'enfant et l'adolescent. Apports du bilan psychologique*. Toulouse, France : Éditions Érès.
- Ferro, A. (2003). *L'enfant et le psychanalyste*. Paris, France : Éditions Érès.
- Fonagy, P. et Target, M. (2000). Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *The International Journal of Psychoanalysis*, 81, 853-873.

- Frederico, M. M., Jackson, A. L. et Black, C. M. (2008). Understanding the impact of abuse and neglect on children and young people referred to a therapeutic program. *Journal of Family Studies*, 14, 342-361.
- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W. et Gunderson, J. G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in Borderline Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 850-855.
- Herman, J. L., Perry, J. C. et van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 146(4), 490-495.
- Hinshaw S. P., Cicchetti, D. (2000). Stigma and mental disorder: conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy. *Development and Psychopathology*, 12, 555-598.
- Kernberg, O. F. (2004). *Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Kernberg, P. F. (1990). Resolved: Borderline personality exists in children under twelve. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23(3), 478-479.
- Kernberg, P. F. (1994). Mechanisms of defense: development and research perspectives. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58(1), 55-87.
- Kernberg, P. F., Chazan, S. E. et Normandin, L. (1998). The Children's Play Therapy Instrument (CPTI): Description, development, and reliability studies. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7(3), 196-207.
- Kernberg, P. F., Weiner, A. S. et Bardenstein, K. K. (2000). *Personality disorders in children and adolescents*. New York, NY: Basic Books.

- Kuo, J. R., Khoury, J. E., Metcalfe, R., Fitzpatrick, S. et Goodwill, A. (2015). An examination of the relationship between childhood emotional abuse and Borderline Personality Disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, 39, 147-155.
- Laplanche, J. et Pontalis, J. B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Leible, T. L. et Snell, W. E. Jr. (2004). Borderline Personality Disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 37, 393-404.
- Lingiardi, V. et McWilliams, N. (dir.). (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual: PDM-2* (2<sup>e</sup> éd.). New York, NY: Guilford Publications Inc.
- Michel, G. et Purper-Ouakil, D. (2006). *Personnalité et développement : du normal au pathologique*. Paris, France : Dunot.
- Misès, R., Botbol, M., Bursztejn, C., Coinçon, Y., Durand, B., Garrabé, J., Garret-Gloanec, N., Golse, B., Portelli, C. et Raynaud, J. P. (2012). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R.2012 : Correspondance et transcodage : CIM 10*. Paris, France : Presses de l'EHESP.
- Nevid, J., Rathus, S. et Greene, B. (2011). *Psychopathologie: une approche intégrée, adaptation française par Marie-Élaine Huberdeau [et al.]*. Saint-Laurent, Canada: ERPI.
- Paris, J. (2000). Childhood precursors of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 77-88.
- Perry, C. J., Kardos, M. E. et Pagano, C. J. (1993). The study of defenses in psychotherapy using the Defense Mechanism Rating Scale (DMRS). Dans U. Hentschel et W. Ehlers (Dir.), *The concept of defense mechanisms in*

*contemporary psychology: Theoretical, research, and clinical perspectives* (p. 122-132). New York, NY: Springer.

Pine, F. (1986). On the development of the « Borderline-child-to-be ». *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(3), 450-457.

Romano, H. (2010). Traces du trauma dans les « jeux » d'enfants victimes d'évènements traumatiques. *Le Journal des psychologues*, 279, 57-61.

Romano, H., Baubet, T., Moro M. R. et Sturm, G. (2008) Le jeu chez l'enfant victime d'évènements traumatiques. *Annales Médico Psychologiques*, 166, 702-710.

Sala, M. N., Testa, S., Pons, F. et Molina, P. (2015). Emotion regulation and defense mechanisms. *Journal of Individual Differences*, 36(1), 19-29.

Schore, A. N., (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 201-269.

Target, M. et Fonagy, P. (1996). Playing with reality: II. The development of psychic reality from a theoretical perspective. *International Journal of Psychoanalysis*, 77(3), 459-479.

Terr, L. (1990). *Too scared to cry: Psychic trauma in childhood*. New York, NY : Harper & Row Publishers.

Terradas, M. M. et Achim, J. (2010). Échelles des traits borderline pour les enfants. Traduction française autorisée par les auteurs du Borderline Personality Features Scale – Children (BPFSC; Crick, Murray-Close, & Woods, 2005). *Document inédit. Université de Sherbrooke, Québec*.

Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to life*. Canada : Little, Brown & Company.

- van Dijke, A., Ford, J. D., van Son, M., Frank, L. et van der Hart, O. (2013). Association of childhood-trauma-by-primary caregiver and affect dysregulation with Borderline Personality Disorder symptoms in adulthood. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(3), 217-224.
- Verheugt-Pleiter, A. J. E. (2008). Intervention techniques: affect regulation. Dans A. J. E. Verheugt-Pleiter, J. Zevalkink et M. G. J. Schmeets (Éds.), *Mentalizing in Child Therapy: Guidelines for Clinical Practitioners*, (p. 132-151). Londres, Angleterre : Karnac Books.
- Weaver, T. L. et Clum, G. A. (1993). Early family environments and traumatic experiences associated with Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 1068-1075.
- Winnicott, D. W. (1975). Pourquoi les enfants jouent-ils ? Dans D. W. Winnicott, *L'enfant et le monde extérieur* (p. 123-128). Paris, France : Payot. (Travail original publié en 1939 sous le titre Why children play? Dans *The Child, the Family, and the Outside World*).
- Winnicott, D. W. (1996). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Dans D. W. Winnicott, *Jeu et réalité : L'espace potentiel*, (p. 7-39). Paris, France : Gallimard. (Travail original publié en 1971 sous le titre Transitional objects and transitional phenomena. Dans *Playing and Reality*, Londres, Angleterre: Tavistock Publications).
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Marino, M. F., Lewis, R. E., Williams, A. A., & Khera, G.S. (2000). Biparental failure in the childhood experience of borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 14(3), 264-273.

Tableau 1- Mécanismes de défenses (médianes et tests de rangs de Wilcoxon)

Types de mécanismes de défense selon les critères du CPTI (Chazan, 2002)	Impulsifs-limites ( <i>Méd</i> = 4,00)	
	<i>T</i>	<i>r</i>
Adaptés-normaux ( <i>Méd</i> = 2,00)	7,50 *	- 0,43
Conflictuels-névrotiques ( <i>Méd</i> = 2,00)	4,00 *	- 0,45
Désorganisés-psychotiques ( <i>Méd</i> = 1,50)	7,92 **	- 0,51

\*  $p < 0,03$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

Tableau 2- Catégorie de régulation des affects selon les critères du CPTI ( $n = 14$ )

Catégorie de régulation des affects	$n$
Très rigide	3
Rigide	6
Modérée	2
Flexible	3
Très flexible	0

Tableau 3- Moyennes et écarts-type à l'ÉTPLE (traits de personnalité limite) des participants à l'étude et d'enfants de la population générale

Participants à l'étude ( <i>n</i> = 15)	Instabilité affective		Problèmes d'identité		Relations interpersonnelles négatives		Comportements autodestructeurs		Score global	
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
	18,56	4,14	17,57	6,12	14,33	5,45	14,53	4,88	64,99	14,91
Population générale ( <i>n</i> = 400) *									55,46 – 59,73	12,34 – 13,14

\* Données issues de l'article de validation du BPFS-C (Crick et al., 2005).

Note. L'étendue possible des scores à l'ÉTPLE et au BPFS-C est de 24 à 120.



Tableau 4- Corrélations entre les mécanismes de défense et la capacité de régulation affective

	Mécanismes de défense matures	Mécanismes de défense immatures
	$\tau$	$\tau$
Capacité à réguler les affects <sup>a</sup>	0,61 **	- 0,41 *

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; <sup>a</sup> Un score bas signifie une capacité « rigide » et un score élevé une capacité « flexible ».

Note. Les mécanismes de défense matures correspondent à la somme des catégories « adaptés-normaux » et « conflictuels-névrotiques » du CPTI (Chazan, 2002). Les mécanismes de défense immatures correspondent à la somme des catégories « impulsifs-limites » et « désorganisés-psychotiques » du même instrument.

## Conclusion

La recherche avait pour objectif de documenter les relations entre les traits de personnalité limite et différents facteurs de risque associés au TPL, tel qu'il se manifeste chez l'adulte, auprès d'enfants d'âge scolaire hébergés dans un centre spécialisé en contexte de protection de l'enfance.

Dans le premier article, les liens entre les traits de personnalité limite et les mécanismes de défense utilisés par les enfants, tels qu'évalués par des questionnaires administrés aux participants et aux éducateurs de suivi leur étant attribués ont été étudiés. Les tendances observées suggèrent la présence des relations unissant les traits de personnalité limite plus marqués (instabilité affective, problèmes d'identité, relations interpersonnelles négatives, comportements autodestructeurs), tel qu'évalués sur un continuum, et l'utilisation privilégiée de mécanismes de défense immatures. À l'inverse, la présence de traits de personnalité limite moins prononcés est associée au recours à des mécanismes de défense matures. De plus, l'utilisation de mécanismes de défense matures et immatures chez l'enfant, lorsqu'évaluée par le participant lui-même, permet de prédire l'intensité des traits de personnalité associés à la pathologie limite. En effet, un modèle de régression linéaire incluant ces deux variables indépendantes permet d'expliquer 70 % de la variance du score global à l'échelle mesurant les traits de personnalité limite. Cependant, les divergences de résultats obtenus à l'échelle évaluant les mécanismes de défense selon les perceptions de l'enfant et de l'éducateur de suivi soulèvent certains questionnements quant à l'utilisation d'instruments de mesure basés sur l'observation de manifestations comportementales des mécanismes de défense.

Par la suite, le deuxième article avait pour objectif de fournir des outils plus adaptés à la pratique clinique des professionnels de la santé mentale qui œuvrent auprès de la population infantile, afin de faciliter l'évaluation précoce des traits de personnalité limite. Puisque le jeu constitue un moyen d'intervention privilégié dans le contexte de la psychothérapie auprès des enfants, l'étude s'est intéressée à documenter les relations entre les traits de personnalité limite et différents indices associés au TPL, tels qu'ils se manifestent dans le jeu libre des enfants ayant vécu un ou plusieurs événements potentiellement traumatiques dans leur milieu familial d'origine. D'abord, le portrait descriptif des participants révèle une tendance à présenter majoritairement du jeu traumatique, des thèmes de jeu à caractère traumatique, un recours privilégié aux mécanismes de défense immatures et une capacité à réguler les affects qualifiée de rigide à très rigide. L'analyse des relations entre les variables démontre que les mécanismes de défense utilisés par l'enfant sont liés à la capacité de régulation des affects. Le second article permet également d'identifier certains indices associés au TPL tel qu'il se manifeste à l'âge adulte, pouvant être observés dans le jeu de l'enfant (c.-à-d., facteurs de risque recensés dans les écrits théoriques et scientifiques ; p. ex., thème à caractère traumatique, jeu traumatique, capacité à réguler les émotions, mécanismes de défense utilisés).

Les résultats des deux études constituent, à la connaissance des auteurs, une première tentative d'explorer les relations entre les indices cliniques et les traits de personnalité limite qui se manifestent dès l'âge scolaire, auprès d'enfants francophones,

en contexte de protection de l'enfance. Il s'agit de résultats préliminaires considérant certaines limites de l'étude, notamment le nombre réduit de participants et l'homogénéité de l'échantillon, qui affectent la robustesse des analyses et, par le fait même, la possibilité de généralisation des résultats. Il serait donc pertinent que de futures recherches soient menées auprès d'échantillons plus vastes et variés. Par exemple, il serait intéressant de procéder à des études comparatives entre les enfants pris charge par la protection de l'enfance, ceux de la population générale et d'autres enfants issus d'une population pédopsychiatrique, afin de mieux documenter la trajectoire développementale du TPL. Il serait aussi pertinent de comparer les résultats des enfants hébergés en centre de réadaptation avec ceux des enfants qui sont sous la protection de la jeunesse, mais qui demeurent dans leur milieu d'origine ou sont confiés à des familles d'accueil. Également, une recherche longitudinale menée auprès d'une cohorte d'enfants jusqu'à l'âge adulte, visant à observer l'évolution des traits de personnalité limite, des mécanismes de défense, de la régulation des affects et des effets des antécédents traumatiques au long du développement, permettrait de conclure à la pertinence de chacun de ces indices en tant que facteur de risque associé au TPL.

L'examen des limites de chaque étude a permis de constater que le recours aux instruments de mesure de type questionnaire est questionnable auprès de la population infantile. Il serait intéressant que des recherches soient menées à partir de données collectées auprès de professionnels de la santé mentale spécialisés dans l'évaluation des

traits de personnalité limite, des mécanismes de défense, de la régulation affective, des symptômes traumatiques et de l'analyse du jeu libre de l'enfant.

En conclusion, la contribution de cette thèse est importante notamment en raison de la complexité associée au traitement des individus adultes qui présentent un TPL (Kramer, 2015), de la prévalence de ce trouble et de sa dangerosité suicidaire. Elle permet en effet de préciser certains indices cliniques associés à ce trouble et de suggérer aux professionnels qui œuvrent auprès des enfants dans le domaine de la santé mentale des pistes pour les repérer de façon plus accessible. De plus, les résultats obtenus, bien que modestes, contribuent à la compréhension de l'étiologie et de la trajectoire développementale de la pathologie limite. Ils soulignent l'importance de déterminer les facteurs de risque associés à l'émergence des traits de personnalité limite chez les enfants ayant vécu des événements potentiellement traumatiques au sein de la relation parent-enfant dans un but de prévention et d'intervention précoce. En effet, le dépistage des indices cliniques liés au TPL dans le contexte des évaluations et des interventions effectuées auprès de ces enfants permettrait d'offrir des soins davantage appropriés à leurs besoins et de prévenir l'évolution de cette psychopathologie (P. Kernberg, 1990). Il serait alors possible de travailler également la maturation des mécanismes de défense et la capacité à réguler les émotions, afin d'influencer l'organisation psychique de l'enfant dans le but d'éviter qu'il évolue vers un fonctionnement de personnalité *limite* ou d'atténuer l'expression des traits de personnalité pathologiques à l'âge adulte (Emmanuelli & Azoulay, 2012).

## Références

- Allen, J. G. (2005). *Coping with trauma: Hope through understanding* (2<sup>nd</sup> ed.). Washington, DC : American Psychiatric Publishing.
- Alvarez A. & Phillips, A. (1998). The importance of play: A child psychotherapist's view. *Child Psychology & Psychiatry Review*, 3(3), 99-103.
- American Psychiatric Association (1987). *DSM-III-R. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3<sup>e</sup> édition, texte révisé. Washington, DC : American Psychiatric Association Publishing.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4<sup>e</sup> édition, texte révisé. Washington, DC: Masson.
- American Psychiatric Association (2015). *DSM-5®. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. France: Elsevier Masson.
- Andreasen, N. C. (1996). Creativity and mental illness: A conceptual and historical overview. Dans J. J. Schildkraut & A. Otero (Éds), *Depression and the Spiritual in Modern Art : Homage to Miró* (pp. 2-14). New-York, NY : Wiley & Sons.
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(4), 246-256.
- Anzieu, A., & Daymas, S. (2007). Introduction. Dans A. Anzieu, C. Anzieu-Premmureur et S. Daymas (Éds.), *Le jeu en psychothérapie de l'enfant* (p. 3-11). Paris, France : Dunod.
- Araujo, K. B., Medic, S., Yasnovsky, J., & Steiner, H. (2006). Assessing defense structure in school-age children using the Response Evaluation Measure - 71-version (REM-Y-71). *Child Psychiatry & Human Development*, 36, 427-436.
- Arsenault, S., Dubé, G., Terradas, M. M., Lallier Baudoin, M.-C., & Pesant, S. (2012, mars). *L'enfant borderline en devenir : validation de l'Échelle des traits de personnalité limite pour les enfants*. Communication par affiche présentée au 34<sup>e</sup> congrès annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie (SQRP), Sherbrooke, Canada.
- Association des centres jeunesse du Québec (2016). *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / Directeurs provinciaux 2016*. Bibliothèque et Archives Nationales du Québec.

- Becker, D. F., Grilo, C. M., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (2002). Diagnostic efficiency of Borderline Personality Disorder criteria in hospitalized adolescents: comparison with hospitalized adults. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2042-2047.
- Bemporad, J. R., Smith, H. F., Hanson, G., & Cicchetti, D. (1982). Borderline syndromes in childhood: Criteria for diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 139, 596-602.
- Behling, O., & Law, K. S. (2000). *Translating questionnaires and other research instruments. Problems and solutions*. London, Angleterre : Sage Publications.
- Bijttebier, P. & Vertommen, H. (1999). Coping strategies in relation to personality disorders. *Personality and Individual Differences*, 26, 847-856.
- Bleiberg, E. (2001). *Treating personality disorders in children and adolescents: A relational approach*. New York, NY: The Guilford Press.
- Bond, M. P. (1995). The development and properties of the Defense Style Questionnaire. Dans H. R. Conte & R. Plutchik (Éds.), *Ego defenses: Theory and measurement*. (pp. 202-220). Oxford, Angleterre : John Wiley & Sons.
- Bond, M., Paris, J., & Zweig-Frank, H. (1994). Defense styles and Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 8(1), 28-31.
- Bonsack, C., Despland, J. N., & Spagnoli, J. (1998). The French version of the Defense Style Questionnaire. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67, 24-30.
- Bradley, C. (1994). *Handbook of psychology and diabetes: A guide to psychological measurement in diabetes research and practice* (pp. 43-55). Suisse : Hardwood Academic Publisher.
- Bradley, R., Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). The borderline personality diagnosis in adolescents: Gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(9), 1006-1019.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with Borderline Personality Disorder. *American Psychological Association*, 111, 198-202.
- Centre jeunesse de la Montérégie (2010). *Processus d'intervention clinique au Centre jeunesse de la Montérégie*. Longueuil : Le Centre, Direction des services professionnels. Bibliothèque et archives nationales du Québec.



- Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, 82, 31-42.
- Chazan, S. E. (2002). *Profiles of Play: Assessing and Observing Structure and Process in Play Therapy*. Londres, Angleterre : Jessica Kingsley Publishers.
- Chazan, S. E. (2004). *Children's Play Therapy Instrument (CPTI)*. MANUAL. Version révisée par S. E. Chazan du *Children's Play Therapy Instrument (CPTI)*, Kernberg, P. F., Chazan, S. E., et Normandin, L. (1997). Document inédit, New York, NY.
- Chazan, S. E. (2009). Observing play activity: The Children's Developmental Play Instrument (CDPI) with reliability studies. *Child Indicators Research*, 2(4), 417-436.
- Chethik, M. (2000). *Techniques of child therapy: Psychodynamic strategies* (2<sup>e</sup> éd.). New-York, NY: The Guilford Press.
- Corcos, M., Pham-Scottez, A., & Speranza, M. (2014). *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence*. Paris, France : Dunod.
- Cramer, P. (1999). Ego functions and ego development: Defense mechanisms and intelligence as predictors of ego level. *Blackwell Publishing*, 67(5), 735-760.
- Crick, N. R., Murray-Close, D., & Woods, K. (2005). Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 17, 1051-1070.
- Debray, Q., & Nollet, D. (2011). *Les personnalités pathologiques. Approche cognitive et thérapeutique* (6<sup>e</sup> éd.). Paris, France : Elsevier Masson.
- DiMascio, D. (2001). *The theory of the relationship of maltreatment and dysfunctional attachment to Borderline Personality Disorder: A critical review of the literature* (Thèse de doctorat inédite). Alliant International University, San Diego, Californie.
- Di Giuseppe, M., Perry, J. C., Petraglia, J., Janzen, J., & Lingardi, V. (2014). Development of a Q-sort version of the Defense Mechanism Rating Scales (DMRS-Q) for clinical use. *Journal of Clinical Psychology*, 70(5), 452-465.
- Dubé, G., Terradas, M. M., & Arsenault, S. (2015). L'enfant borderline en devenir II : validation préliminaire de l'Échelle de traits de personnalité limite pour enfants. *Santé mentale au Québec*, XL(3), 245-267.

- Emmanuelli, M., & Azoulay, C. (2012). *Les troubles limites chez l'enfant et l'adolescent : Apports du bilan psychologique*. Toulouse, France : Éditions Érès.
- Elices, M., Pascual, J. C., Carmona, C., Martin-Blanco, A., Feliu-Soler, A., Ruiz, E., et al. (2015). Exploring the relation between childhood trauma, temperamental traits and mindfulness in Borderline Personality Disorder. *BMC Psychiatry*, 15, 1-7. doi: 10.1186/s12888-015-0573-z
- Ferro, A. (2003). *L'enfant et le psychanalyste*. Paris, France : Éditions Érès.
- Fonagy, P., & Target, M. (2000) Playing with reality : III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *The International Journal of Psychoanalysis*, 81, 853-873.
- Frederico, M. M., Jackson, A. L., & Black, C. M. (2008). Understanding the impact of abuse and neglect on children and young people referred to a therapeutic program. *Journal of Family Studies*, 14, 342-361.
- Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Geiger, T., & Crick, N. R. (2001). A developmental psychopathology perspective on vulnerability to personality disorders. In R. Ingram & J. M. Price (Éds.), *Vulnerability to psychopathology: Risk across the life span*. New York: Guilford Press.
- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., & Gunderson, J. G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in Borderline Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 850-855.
- Guelfi, J. D., Hatem, N., Damy, C., & Corruble, E. (2000). Intérêt du *Defense Style Questionnaire (DSQ)*, questionnaire sur les mécanismes de défense. *Annales Médico-Psychologiques*, 158(7), 594-601.
- Herman, J. L., Perry, J. C., & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 146(4), 490-495.
- Hinshaw, S. P., & Cicchetti, D. (2000). Stigma and mental disorder: Conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy. *Development and Psychopathology*, 12, 555-598.
- Houzel, D., Emmanuelli, M., & Moggio, F. (2000). *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Presses Universitaires de France.

- Karaklic, D., & Bungener, C. (2010). Évolution du trouble de la personnalité borderline: Revue de la littérature. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 36(5), 373-379.
- Kernberg, O. F. (2004). *Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Kernberg, P. F. (1990). Resolved: Borderline personality exists in children under twelve. *Journal of the American of Child and Adolescent Psychiatry*, 23(3), 478-479.
- Kernberg, P. F. (1994). Mechanisms of defense: Development and research perspectives. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58(1), 55-87.
- Kernberg, P. F., Chazan, S. E., & Normandin, L. (1998). The Children's Play Therapy Instrument (CPTI): Description, development, and reliability studies. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7(3), 196-207.
- Kernberg, P. F., Weiner, A. S., & Bardenstein, K. K. (2000). *Personality disorders in children and adolescents*. New York, NY : Basic Books.
- Khan, M. (1976). *Le soi caché*. Paris, France : Gallimard.
- Kramer, U. (2015). De la régulation à l'approfondissement de l'affect en psychothérapie : l'exemple du trouble de la personnalité borderline. *Annales Médico-Psychologiques*, 173, 60-65.
- Kuo, J. R., Khoury, J. E., Metcalfe, R., Fitzpatrick, S., & Goodwill, A. (2015). An examination of the relationship between childhood emotional abuse and Borderline Personality Disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, 39, 147-155.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2007). *Vocabulaire de la psychoanalyse*. Paris, France : Quadrige.
- Leible, T. L., & Snell, W. E. Jr. (2004). Borderline Personality Disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 37, 393-404.
- Lingiardi, V. et McWilliams, N. (dir.). (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual: PDM-2* (2<sup>e</sup> éd.). New York, NY: Guilford Publications Inc.

- Ludolph, P. S., Westen, D., Mislé, B., Jackson, A., Wixom, J., & Wiss, F. C. (1990). The borderline diagnosis in adolescents: Symptoms and developmental history. *The American Journal of Psychiatry*, 147(4), 470-476.
- Mangelsdorf, S. C., Shapiro, J. R., & Marzolf, D. (1995). Developmental and temperamental differences in emotion regulation in infancy. *Child Development*, 66, 1817-1828.
- Michel, G., & Purper-Ouakil, D. (2006). *Personnalité et développement : du normal au pathologique*. Paris, France : Dunot.
- Misès, R., & Quemada, N. (2000). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2000* (4e éd.). Vanves, France : CTNERHI.
- Misès, R., Botbol, M., Bursztejn, C., Coinçon, Y., Durand, B., Garrabé, J., Garret-Gloane, N., Golse, B., Portelli, C., & Raynaud, J. P. (2012). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2012. Correspondance et transcodage : CIM 10* (5e éd.). Paris, France : Presses de l'EHESP.
- Morey, L. (1991). *Personality Assessment Inventory*. Odessa, Floride : Psychological Assessment Resources, Inc.
- Nasserbakht, A., Araujo, K., & Steiner, H. (1996). A comparison of adolescent and adult defense style. *Child Psychiatry and Human Development*, 27, 3-14.
- Nevid, J., Rathus, S., & Greene, B. (2011). *Psychopathologie : Une approche intégrée* (traduit par M. É. Huberdeau, M. Chevrier, L. Blanchette, & N. Cormier). Saint-Laurent, Québec : ERPI.
- Paris, J. (2000). Childhood precursors of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 77-88.
- Perry, J. C., Guelfi, J. D., Despland, J. N., Hanin, B., & Lamas, C. (2009). *Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation*. Issy-les-Moulineaux, France : Masson.
- Perry, C. J., Kardos, M. E. et Pagano, C. J. (1993). The study of defenses in psychotherapy using the Defense Mechanism Rating Scale (DMRS). Dans U. Hentschel et W. Ehlers (Éds.), *The Concept of Defense Mechanisms in Contemporary Psychology: Theoretical, Research, and Clinical Perspectives* (pp. 122-132). New York, NY : Springer.

- Pine, F. (1986). On the development of the « Borderline-child-to-be ». *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(3), 450-457.
- Romano, H. (2010). Traces du trauma dans les « jeux » d'enfants victimes d'évènements traumatiques. *Le Journal des psychologues*, 279, 57-61.
- Romano, H., Baubet, T., Moro M. R. et Sturm, G. (2008) Le jeu chez l'enfant victime d'évènements traumatiques. *Annales Médico Psychologiques*, 166, 702-710.
- Ruutu, T., Pelkonen, M., Holi, M., Karlsson, L., Kiviruusu, O., Heilä, H., Tuisku, V., Tuulio-Henriksson, A., & Marttunen, M. (2006). Psychometric properties of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) in adolescents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(2), 98-105.
- Sala, M. N., Testa, S., Pons, F., & Molina, P., (2015). Emotion regulation and defense mechanisms. *Journal of Individual Differences*, 36(1), 19-29.
- Schore, A. N., (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health, *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 201-269.
- Sinha, B. K., & Watson, D. C. (2004). Personality disorder clusters and the Defence Style Questionnaire. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 55-66.
- Spatz Widom, C., Czaja, S. J., & Paris, J. (2009). A prospective investigation of Borderline Personality Disorder in abused and neglected children followed up into adulthood. *Journal of Personality Disorders*, 23(5), 433-446.
- Steiner, H., Araujo, K. B., & Koopman, C. (2001). The Response Evaluation Measure (REM-71): A new instrument for the measurement of defenses in adults and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 158, 467-473.
- Target, M. et Fonagy, P. (1996). Playing with reality: II. The development of psychic reality from a theoretical perspective. *International Journal of Psychoanalysis*, 77(3), 459-479.
- Terr, L. (1990). *Too scared to cry: Psychic trauma in childhood*. New York, NY : Harper & Row Publishers.
- Terradas, M. M. & Achim, J. (2010). Échelles des traits borderline pour les enfants. Traduction française autorisée par les auteurs du Borderline Personality Features Scale – Children (BPFSC; Crick, Murray-Close, & Woods, 2005). Document inédit. Université de Sherbrooke, Québec.

- Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to life*. Canada : Little, Brown & Company.
- van Dijke, A., Forde, J. D., van Son, M., Frank, L., & van der Hart, O. (2013). Association of childhood-trauma-by-primary caregiver and affect dysregulation with Borderline Personality Disorders symptoms in adulthood. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(3), 217-224.
- Verheugt-Pleiter, A. J. E. (2008). Intervention techniques: affect regulation. Dans A. J. E. Verheugt-Pleiter, J. Zevalkink, & M. G. J. Schmeets (Éds.), *Mentalizing in child therapy: Guidelines for clinical practitioners* (pp. 132-151). Londres, Angleterre : Karnac Books.
- Weaver, T. L., & Clum, G. A. (1993). Early family environments and traumatic experiences associated with Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 1068-1075.
- Weinstein, S. R., Meehan, K. B., Cain, N. M., Ripoll, L. H., Boussi, A. R., Papouchis, N., et al. (2016). Mental state identification, borderline pathology, and the neglected role of childhood trauma. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(1), 61-71.
- Widakowich, C., Van Wettere, L., Jurysta, F., Linkowski, P., & Hubain, P. (2013). L'approche dimensionnelle versus l'approche catégorielle dans le diagnostic psychiatrique : Aspects historiques et épistémologiques. *Annales Médico-psychologiques*, 171(5), 300-305.
- Winnicott, D. W. (1963). The theory of parent and infant relationships. In Buckley, P. (Ed.), *Essential papers on object relations* (pp. 71-101). New York: University Press.
- Winnicott, D. W. (1975). Pourquoi les enfants jouent-ils ? Dans D. W. Winnicott, *L'enfant et le monde extérieur* (pp. 123-128). Paris, France : Payot. (Travail original publié en 1939 sous le titre Why children play? Dans *The Child, the Family, and the Outside World*).
- Winnicott, D. W. (1996). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Dans D. W. Winnicott, *Jeu et réalité : L'espace potentiel*, (pp. 7-39). Paris, France : Gallimard. (Travail original publié en 1971 sous le titre Transitional objects and transitional phenomena. Dans *Playing and Reality*, Londres, Angleterre : Tavistock Publications).
- Yasnovsky, J., Araujo, K., King, M., Mason, M., Pavelski, R., Shaw, R., & Steiner, H. (2003). Defenses in school-age children: Children's versus parents' report. *Child Psychiatry and Human Development*, 33, 307-323.

- Zanarini, M. C. & Frankenburg, F. R. (1997). Pathways to the development of Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 11, 93-104.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Chauncey, D. L., & Gunderson, J. G. (1987). The Diagnostic Interview for Personality Disorders: Interrater and test-retest reliability. *Comprehensive Psychiatry*, 28(6), 467-480.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Marino, M. F., Lewis, R. E., Williams A. A., & Khera, G. S. (2000). Biparental failure in the childhood experience of borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 14, 264-273.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Marino, M. F., Schwartz, E. O., & Frankenburg, F. R. (1989). Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 18-25.
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., & Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1101-1106.
- Zuckerman, M. (1991). *Psychobiology of personality*. New York, NY: Cambridge University Press.